

Частота и характер осложнений на фоне медикаментозной и электрической кардиоверсии у больных с фибрилляцией предсердий при гипертонической болезни в сочетании с экстракардиальной коморбидной патологией и приверженность лечению

Л. Д. Хидирова, Д. А. Яхонтов

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и доказательной медицины
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России,
г. Новосибирск

Frequency and nature of complications associated with drug and electric cardioversion in patients with atrial fibrillation in hypertension in combination with extracardial comorbid pathology and adherence to treatment

L. D. Khidirova, D. A. Yakhontov

Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russia

Резюме

Цель. Оценить комплекс антиаритмической терапии и приверженность лечению на амбулаторном этапе у больных фибрилляцией предсердий при гипертонической болезни в сочетании с экстракардиальными заболеваниями. **Методы.** В обсервационном когортном исследовании наблюдалось 308 мужчин 45–60 лет с ФП и АГ в сочетании с сахарным диабетом ($n = 40$), диффузным токсическим зобом ($n = 42$), гипотиреозом ($n = 59$), абдоминальным ожирением ($n = 64$) и хронической обструктивной болезнью легких ($n = 47$). Группу сравнения составили 56 больных без экстракардиальной патологии. В работе оценивались клинические, антропометрические данные, результаты суточного мониторирования ЭКГ и эхокардиографии. Приверженность терапии оценивалась с помощью специализированного опросника Мориски-Грина. **Результаты.** У больных сахарным диабетом на фоне электрической кардиоверсии значимо чаще развивались ХСН ($p = 0,003$), кардиоэмболия ($p < 0,001$), отмечались госпитализация ($p = 0,040$) и прогрессирование ФП ($p < 0,050$) по отношению к группе сравнения. Количество регоспитализаций было меньше после проведения электрической кардиоверсии по сравнению только с медикаментозной кардиоверсией. Приверженность медикаментозной терапии у больных фибрилляцией предсердий при гипертонической болезни на фоне экстракардиальных заболеваний составила 26,7%. **Заключение.** Причины, обуславливающие недостаточную приверженность пациентов лечению, требуют комплексного подхода к ее скорому решению.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, артериальная гипертония, коморбидная патология, приверженность.

Summary

Aim. To evaluate the complex of antiarrhythmic therapy and adherence to treatment on an outpatient basis in patients with atrial fibrillation in hypertension in combination with extracardiac diseases. **Methods.** In an observational cohort study, 308 men aged 45–60 years old were observed with atrial fibrillation and hypertension in combination with diabetes mellitus ($n = 40$), diffuse toxic goiter ($n = 42$), hypothyroidism ($n = 59$), abdominal obesity ($n = 64$) and chronic obstructive pulmonary disease ($n = 47$). The comparison group consisted of 56 patients without extracardiac pathology. The work evaluated clinical, anthropometric data, the results of daily monitoring of ECG and echocardiography. Adherence to therapy was evaluated using a specialized Morisky-Green questionnaire. **Results.** Patients with diabetes mellitus on the background of electric cardioversion significantly more often developed CHF ($p = 0,003$), cardioembolism ($p < 0,001$), hospitalization ($p = 0,040$) and progression of AF ($p < 0,050$), relative to the comparison group. The number of regospatializations was noted less after electrical cardioversion compared with only medical one. The adherence to drug therapy in patients with atrial fibrillation in hypertension with extracardiac disease was 26.7%. **Conclusion.** The reasons for the lack of patient adherence to treatment require an integrated approach to its early resolution.

Key words: atrial fibrillation, arterial hypertension, comorbid pathology, adherence.

Введение

В последние годы распространенность фибрилляции предсердий (ФП) неуклонно увеличивается [1], при этом истинная причина роста частоты ФП не может быть объяснена лишь увеличением продолжительности жизни, более частым поражением клапанов сердца или ростом распространенности инфаркта миокарда [2]. В Европе ФП страдают более 6 млн человек, и на фоне старения населения ожидается удвоение числа больных в ближайшие 50 лет. ФП увеличивает риск инсульта в пять раз и обуславливает возникновение каждого пятого инсульта. Ишемический

инсульт у больных с ФП часто заканчивается смертью и по сравнению с инсультом другой природы чаще рецидивирует и приводит к более выраженной инвалидизации. Соответственно риск смерти у больных инсультом, связанный с ФП, в 2,0 раза выше, а затраты на лечение возрастают в 1,5 раза [3].

По обновленным клиническим рекомендациям, отмечается увеличение риска осложнений у больных с ФП, особенно в сочетании с АГ, ежегодно госпитализируются до 30–40%, 20–30% всех инсультов связаны с ФП, а дисфункция левого желудочка увеличивалась на 20–30% [4].

ФП развивается на фоне массы коморбидных состояний, которые могут как патогенетически способствовать прогрессированию ФП, так и обособленно снижать качество жизни пациентов, увеличивая шансы осложнений и внезапной сердечной смерти. Любые структурные заболевания сердечно-сосудистой системы (ССС), такие как АГ, ХСН, могут способствовать медленной, но неуклонно прогрессирующей структурной перестройке желудочков и предсердий. Этот процесс происходит в связи с пролиферацией и заменой фибробластов на миофибробласты, а также усиленным отложением

соединительной ткани и фиброзом [5]. По мере накопления знаний о патогенезе ФП и в первую очередь о вкладе сопутствующих заболеваний в течение этого процесса, становится сомнительным существование первичной или идиопатической ФП [6]. Так, в недавнем масштабном исследовании, участниками которого стали 3978 пациентов с ФП (Euro Heart Survey), частота идиопатического или первичного типа данной патологии наблюдалась всего лишь у 3 % из вышеуказанного числа лиц [7].

Данные о том, что любая аритмия в целом имеет тенденцию к прогрессии, не новы, но в связи с ростом числа ФП в популяции и предположениями о том, что при наличии коморбидной патологии число новых случаев диагностирования будет только нарастать, привлекли внимание исследователей к этой проблеме [8]. За последние годы накопилось достаточно много научных трудов, которые дают указания на ассоциированность ФП с легочной патологией, в частности ХОБЛ [9]. Доказано, что СД и (или) АГ ассоциированы с развитием ФП [10]. Ожирение является наиболее частым спутником и лидирующим фактором риска развития АГ и способствует структурно-функциональной перестройке миокарда, описанной как феномен липотоксичности [11].

Ранняя диагностика факторов прогрессирования ФП, назначение дополнительной терапии для вторичной профилактики аритмии и выбор правильной стратегии ее лечения могут замедлить прогрессию аритмии и развитие ХСН, что позволит улучшить не только клинический статус пациентов, но и их прогноз. Изложенные выше позиции определили цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: оценить комплекс антиаритмической терапии и приверженность лечению на амбулаторном этапе у больных фибрилляцией предсердий при гипертонической болезни в сочетании с экстракардиальными заболеваниями.

Методы и материалы

В обсервационном когортном исследовании наблюдалось 308 мужчин 45–60 лет с ФП и АГ в сочетании с экстракардиальной патологией: сахарный

диабет (СД) ($n = 40$), диффузный токсический зоб (ТТЗ) ($n = 42$); гипотиреоз (ГТ) ($n = 59$), абдоминальное ожирение (АО) ($n = 64$) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) ($n = 47$). Группу сравнения составили 56 больных без экстракардиальной патологии. В работе оценивались клинические, антропометрические данные, результаты суточного мониторирования ЭКГ и эхокардиографии. По прошествии 12 месяцев оценивались прогрессирование ФП, ХСН и диастолической дисфункции левого желудочка, а также развитие осложнений на фоне прогрессирования ФП. Приверженность терапии оценивалась с помощью специализированного опросника Мориски-Грина (М-Г) который валидизирован и рекомендован к широкому применению. Пациент должен самостоятельно ответить на вопросы, выбирая из двух вариантов. Каждый ответ оценивается в 1 балл. При обработке подсчитывается суммарный балл. Приверженным терапии считается пациент, ответивший «нет» на все четыре вопроса.

Для статистической проверки гипотез о равенстве числовых характеристик выборочных распределений в сравниваемых группах использовался непарный U-критерий Манна-Уитни, производился расчет смещения распределений с построением 95 %-ного доверительного интервала для смещения. Множественное сравнение групп проводилось критерием Краскелла-Уоллиса. Попарное сравнение всех исследуемых групп с группой сравнения проводилось по схеме Даннета, попарное сравнение всех групп со всеми проводилось по схеме Тьюки, для устранения эффекта множественных попарных сравнений применялась поправка Бенжамини-Хохберга. Для оценки динамики повторных госпитализаций использовались кривые Каплана-Мейера, логранковый критерий. Проверка статистических гипотез проводилась при критическом уровне значимости $p = 0,050$, то есть различие считалось статистически значимым, если $p < 0,050$. Нижняя граница доказательной мощности бралась равной 80 %. Все статистические расчеты проводились в программе Rstudio (США).

Результаты и их обсуждение

Создание новых лекарственных препаратов увеличило популярность медикаментозной кардиоверсии [12]. Частота успеха ЭИТ, по литературным данным, варьирует от 64 до 96 % [13]. Для оценки эффективности терапии мы изучили развитие рецидива ФП, прогрессирование ХСН, частоту эпизодов кардиоэмболии и повторной госпитализации при различных видах терапии. При оценке использования разных форм терапии в когорте больных ФП при гипертонической болезни (ГБ) в сочетании с экстракардиальными заболеваниями установлено, что отсутствие достоверных различий эффективности медикаментозной и электрической кардиоверсий было свойственно всем клиническим группам пациентов независимо от характера коморбидной патологии, кроме группы больных СД. Так, у больных СД на фоне электрической кардиоверсии значимо чаще развивались ХСН ($p = 0,003$), кардиоэмболия ($p < 0,001$), встречались госпитализация ($p = 0,040$) и прогрессирование ФП ($p < 0,050$) по отношению к группе сравнения (рис. 1).

Установлены случаи прогрессирования ФП (трансформация пароксизмальной формы в хроническую), развития ХСН и случаи повторной госпитализации по всем причинам у больных СД.

При оценке частоты развития рецидива ФП и других осложнений в остальных клинических группах не выявлено статистически значимой разницы между ними, хотя и установлено, что больные ТТЗ госпитализировались реже относительно больных остальных групп. Это подтверждает взаимосвязь этих форм осложнений с ФП, при этом роль сопутствующей патологии не исключается.

В связи с тем, что все группы были сопоставимы по частоте проводимой терапии (кроме больных сахарным диабетом), пациенты были разделены на две подгруппы: одних, которым для восстановления синусового ритма использовалась электрическая кардиоверсия (ЭИТ — 76,4 %) и других, которым проводилась только медикаментозная кардиоверсия (МТ — 23,5 %). Оказалось, что пациенты, которым проводилась только медикаментозная кардиоверсия, госпитализировались по поводу

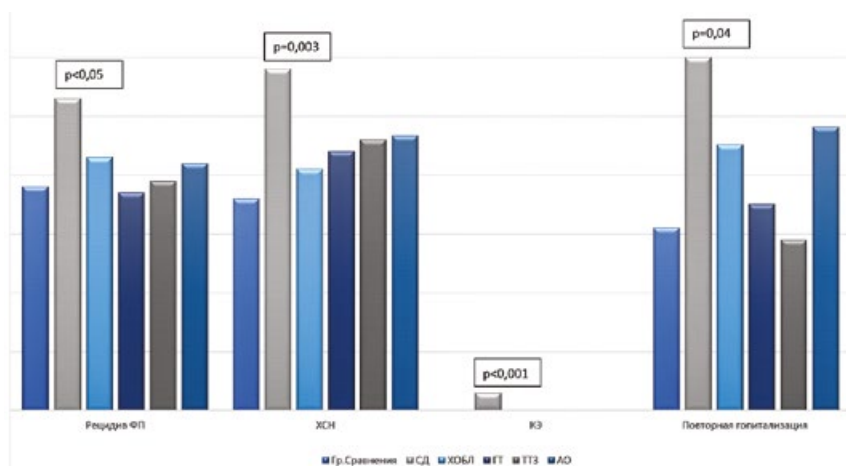


Рисунок 1. Прогрессирование ФП и развитие осложнений ФП в течение года в различных клинических группах.

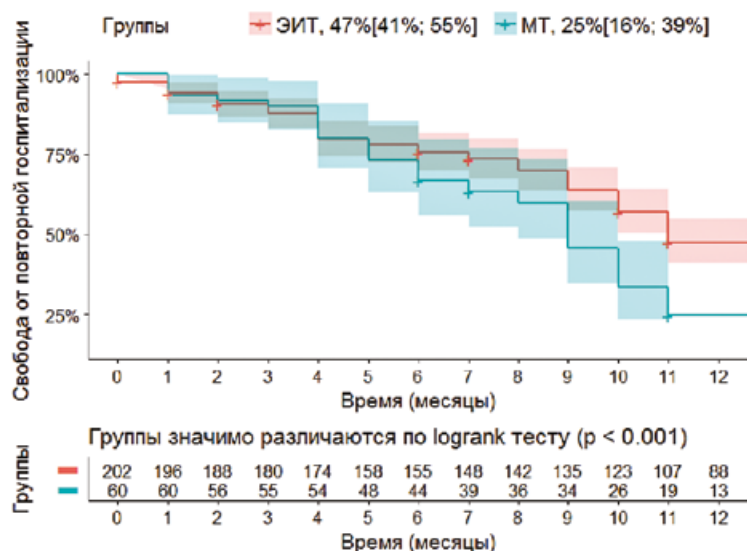


Рисунок 2. Повторная госпитализация при электроимпульсной и медикаментозной кардиоверсиях. Примечание: ЭИТ — электроимпульсная терапия; МТ — медикаментозная терапия.

повторных приступов ФП чаще по сравнению с группой больных, которым проводилась электрическая ($p < 0,001$) (рис. 2).

Риск развития инсульта у пациентов с ФП нарастает при наличии сопутствующей артериальной гипертензии, сахарного диабета, а также других коморбидных заболеваний [14]. Доказано, что ФП повышает риск развития мозгового инсульта в пять раз, и установлено, что при сочетании четырех диагнозов сердечно-сосудистой патологии (ФП, ГБ, СД и ХСН) риск развития фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений выше, чем при каждом из них в отдельности [15]. В представленном исследовании не было выявлено ни одного случая смерти. Ишемический инсульт случился у трех пациентов с СД.

Возможно, такая разница с данными мировой практики связана с количеством выборки и рациональной антикоагулянтной терапией с доступностью новых пероральных антикоагулянтов.

Так как ХСН является финальным этапом сердечно-сосудистого континуума и прогноз жизни больных с данной патологией во многом определяется скоростью прогрессирования сердечной недостаточности, которая в том числе зависит от наличия ФП, мы оценили развитие ХСН во всех клинических группах.

В последние годы активно подвергаются сравнительному анализу два основных направления в лечении больных с рецидивирующей ФП: восстановление синусового ритма и контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС) при сохраняющейся ФП. Результаты многоцентровых

исследований RACE и AFFIRM не обнаружили достоверных отличий в прогнозе больных при сравнении стратегий контроля ритма и ЧЖС при ФП, а также пациенты не отличались по риску госпитализаций в связи с ухудшением сердечной недостаточности [16]. В настоящем исследовании получены аналогичные данные. Развитие ХСН не зависело от выбранной тактики, ЭИТ или МТ.

Оценка развития ХСН по кривой Каплан-Мейера показала, что частота развития ХСН также не зависит от формы, проведенной МТ или ЭИТ. Изучение частоты развития ХСН в различных клинических группах выявило значимое ее увеличение в группах больных СД, ТТЗ и АО по отношению к группе сравнения (табл. 1).

Известно, что первый визит к врачу как после стационара, так и при первичном обращении очень важен в плане дальнейшего выполнения пациентом рекомендованной терапии в течение длительного времени [17]. Зачастую после однократного (первого) визита к врачу в поликлинике и получения лечебных рекомендаций пациент перестает принимать лекарства или принимает их нерегулярно ближайшие 6 месяцев [18]. Перед врачом стоит задача не только провести дифференциальный поиск в плане постановки диагноза пациенту и определиться с тактикой назначения лечебных препаратов, но и оценить пациента с точки зрения предполагаемой приверженности или неприверженности терапии. В настоящем исследовании проведен анализ приверженности антиаритмической терапии по специализированному опроснику Мориски-Грина.

Согласно результатам валидизированного теста, приверженными лечению (0 баллов) были только 37,2 % из 308 опрошенных пациентов, недостаточно приверженными (1 балл) — 15,2 %, не привержены лечению (2 балла и более) — 47,8 % больных.

Средний балл по 4-балльной шкале составил $1,9 \pm 1,1$, что свидетельствует о низкой приверженности лечению. Пациенты чаще отмечали, что относились невнимательно к часам приема препаратов и пропускали его.

Кроме этого, проводилась оценка приверженности проводимой терапии

по всем шести представленным клиническим группам, где неприверженными лечению считали пациентов, набравших 4 балла, приверженными — 2 балла и менее (табл. 2).

Таким образом, приверженность терапии оказалась значимо низкой у всей когорты обследованных (больше не приверженных пациентов, чем приверженных), а при сравнительном анализе между клиническими группами, в зависимости от экстракардиальных заболеваний, не было выявлено статистически значимых различий.

При оценке приверженности по возрастному показателю наилучшие показатели характеризовали возрастную категорию 55–60 лет, но не выявлено статистически значимой разницы в целом по группе и в обеих гендерных подгруппах. Установлено, что длительность ГБ не явилась значимой мотивацией приверженности: так, у группы НПТ больше длительность ГБ, чем у не приверженных ($p < 0,030$). При оценке приверженности в зависимости от формы ФП оказалось, что больные с постоянной формой ФП были более приверженными лечению ($p = 0,001$) (табл. 3).

Анализ предшествовавшей терапии среди больных с НПТ и ПТ показал, что наибольшее применение имеют ИАПФ (периндоприл и лизиноприл) и БРА (лозартан и азилсартан) — до 66 %, из них ИАПФ чаще использовались в группе НПТ ($p = 0,040$), а оценка частоты применения БРА между группами НПТ и ПТ значимых различий не выявила. Вместе с этим рациональное использование препаратов этой группы требует внимания, так как дозы и кратность не соответствовали достижению целевых значений артериального давления у 32 % больных. Существует несколько основных патогенетических механизмов прямого воздействия РААС на структурное и электрофизиологическое ремоделирование предсердий: увеличение фиброза предсердной ткани, растяжение и дилатация предсердий, прямое влияние на функцию ионных каналов и межклеточного взаимодействия кардиомиоцитов предсердий. Именно поэтому мы обратили особое внимание на назначение блокаторов РААС. Нерациональное

Таблица 1
Прогрессирование хронической сердечной недостаточности

Клинические группы	Увеличение ФК ХСН, количество (%) [95%-ный ДИ]	Точный двухсторонний критерий Фишера, р
ХОБЛ	89 % [72%; 96 %]	$> 0,999$
ГП	91 % [80%; 96 %]	$> 0,999$
ПТЗ	97 % [87%; 100 %]	0,004*
СД	95 % [85%; 99 %]	0,008*
АО	96 % [87%; 99 %]	$< 0,001$ *
Группа сравнения	91 % [80%; 96 %]	

Примечание: * — статистически значимо различающиеся показатели.

Таблица 2
Приверженность лечению в различных клинических группах

Группы	ПТ	НПТ
ФП + ГБ	25, 4 % [34%; 60 %]	74,5 % [34%; 82 %]*
ФП + ГБ + СД	11, 2 % [12%; 33 %]	88,7 % [57%; 93 %]*
ФП + ГБ + АО	48, 8 % [31%; 96 %]	51,1 % [39%; 66 %]*
ФП + ГБ + ХОБЛ	31, 4 % [45%; 71 %]	68,5 % [42%; 80 %]*
ФП + ГБ + ГП	24, 1 % [33%; 59 %]	75,8 % [46%; 86 %]*
ФП + ГБ + ПТЗ	19, 2 % [15%; 38 %]	80,7 % [51%; 88 %]*

Примечание: * — статистически значимо различающиеся показатели НПТ с ПТ. НПТ — не приверженные терапии; ПТ — приверженные терапии.

Таблица 3
Приверженность лечению в зависимости от длительности гипертонической болезни и формы фибрилляции предсердий

Показатели	Группа с ПТ, количество (%) [95%-ный ДИ]	Группа с НПТ, количество (%) [95%-ный ДИ]	Точный двухсторонний критерий Фишера, р
Длительность ГБ	10,1 [9,2%; 13 %]	12,3 [10,8%; 17 %]	0,030*
Форма ФП			
• пароксизмальная	32,0 [21%; 49 %]	40,3 [22%; 56 %]	0,060
• персистирующая	52,0 [32%; 76 %]	49,3 [24%; 66 %]	0,070
• постоянная	16,0 [11%; 26 %]	10,4 [8,2%; 17 %]	0,001*

Примечание: * — статистически значимо различающиеся показатели. НПТ — не приверженные терапии; ПТ — приверженные терапии.

использование РААС способствует более выраженному поражению миокарда, развитию не только электрических нарушений, но и анатомических, которые ведут к прогрессированию фибрилляции предсердий.

Блокаторы медленных кальциевых каналов принимали больше половины больных. При сравнительной оценке использования различных подгрупп оказалось, что дигидропиридины (амлодипин, лерканидипин) принимали до 57,8 % пациентов, а фенилалкиламины (верапамил СР) — до 14,4 %.

Бета-блокаторы (бисопролол и метопролол сукцинат) из всех антиаритмических и антигипертензивных препаратов использовались в наибольшей степени, установленная статистически значимая разница

в пользу группы приверженных лечению ($p < 0,001$), хотя надо отметить, что у коморбидных больных предпочтительнее использование каведилола и небиволола, поскольку эти бета-блокаторы имеют дополнительный вазодилатационный эффект. Сотолол, который представляет собой рацемическую смесь, состоящую из D-стереоизомера, блокирующего калиевые каналы, и L-стереоизомера, отвечающего практически за все бета-адреноблокирующие эффекты, принимали до 51 % больных, значительно чаще принимали больные с низкой приверженностью лечению ($p = 0,05$). Использование амиодарона, как универсального антиаритмического средства, сохраняется, и значительно чаще его принимали больные из группы

Таблица 4
Приверженность лечению в зависимости от характера медикаментозной терапии

Прием препаратов, %	Группа с ПТ, количество (%) [95%-ный ДИ]	Группа с НПТ, количество (%) [95%-ный ДИ]	Точный двухсторонний критерий Фишера, р
БАБ	91,30 [82%; 100%]	74,30 [62%; 86%]	< 0,001*
ИАПФ	38,00 [27%; 53%]	62,00 / 44,00 [43%; 74%]	0,050*
БРА	56,00 [36%; 74%]	44,00 [22%; 59%]	< 0,060
БМКК • дигидропиридины • фенилалкиламины	54,60 [35%; 62%] 31,50 [22%; 59%]	57,80 [48%; 72%] 24,40 [11%; 59%]	0,620 0,420
Амиодарон	32,20 [29%; 56%]	21,90 [14%; 56%]	0,032*
Сотолол	29,40 [18%; 56%]	51,20 [32%; 71%]	0,050*
Дигосин	8,00 [4%; 19%]	2,20 [1%; 5%]	0,004*
Другие антиаритмические препараты	22,75 [14%; 32%]	4,10 [1%; 9%]	0,001*
Варфарин	14,40 [4%; 18%]	12,10 [4%; 16%]	0,720
НОАК	48,80 [22%; 56%]	31,30 [21%; 44%]	0,004*

Примечание: * — статистически значимо различающиеся показатели. НПТ — не приверженные терапии; ПТ — приверженные терапии. Другие антиаритмические препараты: пропанорм, этацин, аллапенин.

приверженных лечению (32,2%) ($p = 0,032$) по сравнению с больными с низкой приверженностью (21,9%). Сердечные гликозиды в современной терапии используются редко. В исследовании показано, что в группе пациентов, получавших дигосин, отмечено статистически значимое увеличение смертности от любых причин на 41% (отношение шансов [ОШ] = 1,4; 95%-ный доверительный интервал (ДИ): 1,1–1,6; $p < 0,001$), сердечно-сосудистой смертности — на 35% (ОШ = 1,3; 95% ДИ: 1,06–1,71; $p = 0,016$), аритмогенной смертности — на 61% (ОШ = 1,6; 95% ДИ: 1,1–2,3; $p = 0,009$). Использование дигосина в данной выборке было наименьшим (до 8%), и чаще его получала группа приверженных терапии пациентов ($p = 0,004$).

Другие антиаритмические препараты, такие как пропанорм (до 19,6%), аллапенин (до 4,4%) и этацин (2,7%), принимали значимо чаще приверженные терапии ($p = 0,001$) по сравнению с больными с низкой приверженностью.

Говоря о антикоагулянтной терапии, надо отметить, что данная когорта с выраженным преимуществом принимает новые пероральные антикоагулянты (НОАК) — до 80,1%

пациентов, тогда как варфарин принимают 16,5%, а 3,4% пациентов применяли ацетилсалициловую кислоту (АСК).

Высокая приверженность наиболее часто отмечалась по отношению к приему НОАК ($p < 0,004$). Больные, которые принимали варфарин, были сопоставимы (табл. 4).

Было обнаружено, что приверженность лечению не зависит от сопутствующих заболеваний. Отсюда нет необходимости дополнительной работы по повышению приверженности в отдельных группах пациентов, а надо говорить об этом в целом, поскольку общая приверженность остается низкой.

Для оценки социальных аспектов низкой приверженности была разработана анкета, состоящая из следующих пунктов.

- Оцените ваше семейное положение.
- Укажите ваше образование.
- Употребляете алкогольные напитки? Как часто? Количество?
- Вы соблюдаете рекомендации лечащего врача?
- Лечение для вас дорогостоящее?
- Существует сложность режима лечения? Какая?

- Что явилось причиной отмены лекарств самостоятельно?
 - хорошее самочувствие;
 - назначение к применению лекарств, наносящих вред организму;
 - боязнь появления побочных эффектов, описанных в инструкции;
 - фактическое появление побочных эффектов;
 - стоимость лекарственных препаратов.

При анализе анкетных данных оказалось, что основной причиной низкой приверженности для 54% опрошенных явилась сложность режима лечения (большое количество принимаемых лекарств), опасение появления побочных эффектов отмечалось у 22%, а фактическое появление побочных эффектов — у 13% пациентов. Для 11% опрошенных наиболее значимой причиной оказалась высокая стоимость лекарственных препаратов.

Среди приверженных терапии отмечалось наибольшее количество лиц с высоким уровнем образования и наличием семьи. При оценке влияния возрастного показателя на приверженность в представленной когорте не выявлено статистически значимой разницы, что, возможно, связано с тем, что участниками явились лица среднего возраста. В возрасте 45–60 лет человек оказывается в условиях, психологически отличающихся от прежних. В этот период поколение определяет жизнь и развитие общества в целом, выполняя самые ответственные социальные роли. В связи с высокой психологической нагрузкой пациенты этого возраста зачастую довольствуются ограниченным вниманием к состоянию здоровья и приему лекарственных препаратов.

Таким образом, главной причиной низкой приверженности больных ФП при ГБ с сопутствующими экстракардиальными заболеваниями явилась полипрагмазия. Проблема недостаточной приверженности лечебно-профилактическим мероприятиям широко распространена во всем мире, так как долгое время эффективно не решалась, что обусловлено множеством факторов, в числе которых следует отметить социально-экономические, состояние

Таблица 5

Клинико-демографическая характеристика по приверженности терапии

Показатель	Группа с ПТ, n = 105; n (%) [95%-ный ДИ]	Группа с НПТ, n = 203; n (%) [95%-ный ДИ]	Точный двухсторонний критерий Фишера, p
Возраст, лет	54 [52; 59]	55 [53; 60]	0,080
Пол, мужчин / женщин	56 / 49	104 / 99	0,060
Наличие семьи	77,8% [37%; 88%]	41,4% [17%; 52%]	< 0,020*
Высшее образование	78,1% [46%; 84%]	42,6% [27%; 54%]	0,004*
Уровень доходов	68,2% [42%; 75%]	43,1% [29%; 66%]	> 0,030*
Мотивация	88,7% [55%; 98%]	21,5% [12%; 34%]	> 0,050*
Доверие доктору	91,4% [67%; 99%]	64,5% [41%; 82%]	0,010*

Примечание: * — статистически значимо различающиеся показатели. НПТ — не приверженные терапии; ПТ — приверженные терапии.

системы здравоохранения, особенно-сти состояния и поведения пациента, а также особенности назначенной ему терапии. Все эти причины, обуславливающие значимость проблемы недостаточной приверженности пациентов к лечебно-профилактическим мероприятиям, требуют комплексного подхода к ее скорому решению. Для установления причин низкой приверженности в представленной когорте также был использован опросник (приложение В). Результаты представлены в табл. 5.

Таким образом, на основании проведенного анализа установлено, что наличие семьи и высшего образования, уровень доходов, мотивация и доверие врачам являются факторами, повышающими приверженность лечению.

Выводы

1. У больных сахарным диабетом на фоне электрической кардиоверсии значимо чаще встречались ХСН ($p = 0,003$), кардиоэмболия ($p < 0,001$), госпитализация ($p = 0,040$) и прогрессирование ФП ($p < 0,050$) по отношению к группе сравнения.
2. Пациенты, которым проводилась только медикаментозная кардиоверсия, госпитализировались по поводу повторных приступов ФП чаще по сравнению с группой пациентов, которым проводилась электрическая кардиоверсия.
3. Количество регоспитализаций отмечалось меньше после проведения электрической кардиоверсии по сравнению с только медикаментозной кардиоверсией.
4. Приверженность к медикаментозной терапии у больных фибрилляцией предсердий при гипертонической болезни на фоне экстракардиальных заболеваний составила 26,7%. Ее отсутствие зависело от сложности режима лечения (54,0%), опасения побочных эффектов (22,0%) и их фактического появления (13,0%).
5. Установлено, что наличие семьи и высшего образования, уровень доходов, мотивация и доверие врачам являются факторами, повышающими приверженность лечению.

Авторы не получали финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Конфликт интересов отсутствует.

Список литературы

1. Чазов Е.И., Голицына С.П. Руководство по нарушениям ритма сердца М: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 232–99. library.bkmed.ru/slide/262.
2. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Российский кардиологический журнал. 2017; 7 (147): 7–86. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-7-7-8.
3. Proietti M, Laroche C, et al. Increased burden of comorbidities and risk of cardiovascular death in atrial fibrillation patients in Europe over ten years: A comparison between EORP-AF pilot and EHS-AF registries. Eur. J. Intern. Med. 2018 DOI: 10.1016/j.ejim.2018.05.016.
4. Apostolakis S, Sullivan RM, et al. Left ventricular geometry and outcomes in patients with atrial fibrillation: the AFFIRM Trial. Int. J. Cardiol. 2014; 170 (3): 303–8. DOI: 10.1016/j.ijcard.2013.11.002.
5. Wyse DG. Idiopathic atrial fibrillation revisited in a large longitudinal clinical cohort. Europace. 2012; 14 (2): 151–2. DOI: 10.1093/europace/eur379.
6. Weijls B, Pisters R, et al. Idiopathic atrial fibrillation revisited in a large longitudinal clinical cohort. Europace. 2012; 14 (2): 184–90. DOI: 10.1093/europace/eur379.
7. Hisashi O, Yoshimori An, et al. Progression From Paroxysmal to Sustained Atrial Fibrillation Is Associated With Increased Adverse Events stroke. October 2018; 49: 100–16. www.umin.ac.jp/ctr.
8. Clarke R, Lewington S. Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet Glob. Health. 2018; 6 (6): 641–49. DOI: 10.1016/S2214-109X(18)30217-1.
9. Mathers CD, Loncar DP, Lo S. Projections of Global Mortality and Burden of Disease. Medicine. 2017; 8: 209–24.
10. Малыш Е. Ю., Дробышева Е. С., Чернов А. В. Хроническая обструктивная болезнь легких и поражение сердечно-сосудистой системы. Молодой ученый. 2014; 5: 145–48. moluch.ru/archive/64/10267.
11. Lip G, Coca A. A consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and European Society of Cardiology (ESC) Council on Hypertension, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLEACE) 6. DOI: 10.1093/europace/eur091. (19 June 2017)
12. Pokushalov E, Romanov A, et al. Use of an implantable monitor to detect arrhythmia recurrences and select patients for early repeat catheter ablation for atrial fibrillation: a pilot study. Circ. Arrhythm. Electrophysiol. 2011; 4 (6): 823–31. DOI: 10.1161/CIRCEP.111.964809.
13. Tomoko I, Brenda K, et al. Atrial Fibrosis and Inflammation: Impaired Atrial Natriuretic Peptide System in Experimental Heart Failure Originally. 2018; 1: 232–45. DOI: 10.1155/2018/7279036.
14. Renate B, Schnabel, Xiaoyan Yin, et al. 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. Published 2015; Lancet. DOI: 10.1016/S2214-0673(14)61774-8.
15. HRS/EHRA/ECAS expert consensus statement on catheter and surgical ablation of atrial fibrillation: recommendations for personnel, policy, procedures and follow-up. A report of the Heart Rhythm Society (HRS) Task Force on Catheter and Surgical Ablation of Atrial Fibrillation developed in partnership with the European Heart Rhythm Association (EHRA) and the European Cardiac Arrhythmia Society (ECAS); in collaboration with the American College of Cardiology (ACC), American Heart Association (AHA), and the Society of Thoracic Surgeons (STS). Endorsed and approved by the governing bodies of the American College of Cardiology, the American Heart Association, the European Cardiac Arrhythmia Society, the European Heart Rhythm Association, the Society of Thoracic Surgeons, and the Heart Rhythm Society. Europace. 2017; 9 (6): 335–379.
16. Ionescu-Iltu R, Le Heuzey J. Y., De Ferrari G. M. et al. A short-term, randomized, double-blind, parallel-group study to evaluate the efficacy and safety of dronedarone versus amiodarone in patients with persistent atrial fibrillation: the dionysos study. J. Cardiovasc. Electrophysiol. 2010; 2: 597–605.
17. Дьяченко А. Оптимизация с летальным исходом [Электронный ресурс] gazeta-pravda.ru/index.php/855.
18. Кобалава Ж.Д. Формирование приверженности к лечению гиполлипидемическими препаратами / Ж.Д. Кобалава, С.В. Виллевалде: Электр. ресурс. — URL: www.cardio8life.ru/articles/articie.aspx?articleid=10431.

Для цитирования. Хидирова Л.Д., Яхонтов Д.А. Частота и характер осложнений на фоне медикаментозной и электрической кардиоверсии у больных с фибрилляцией предсердий при гипертонической болезни в сочетании с экстракардиальной коморбидной патологией и приверженность лечению // Медицинский алфавит. Серия «Неотложная медицина и кардиология». — 2019. — Т. 2. — 31 (406). — С. 20–25.