

ли. После предварительного обследования, исключившего противопоказания, в условиях блока интенсивной терапии проводилась попытка восстановления синусового ритма (СР). В группе ЭКВ применяли бифазные синхронизированные разряды 150 Дж и 170 Дж. В группе МКВ производилось внутривенное введение Рефралона в дозе 10 мкг/кг, в случае сохранения ФП введение повторяли через 15 мин. (максимальная доза составляла 30 мкг/кг). Наблюдение за больными продолжали в течение 24 ч. Всем пациентам перед восстановлением СР и через сутки после восстановления СР, проводилась трансторакальная ЭхоКГ (ТТЭхоКГ) и чреспищеводная ЭхоКГ (ЧПЭхоКГ) с последующим подсчетом линейных и объемных размеров левого предсердия, фракции выброса (ФВ) ушка левого предсердия (УЛП) и степени спонтанного эхоконтрастирования в полости левого предсердия и УЛП и скорость кровотока в УЛП.

Результаты. Восстановление СР отмечено у 27 из 30 больных (90%) в группе ЭКВ и у 28 из 30 больных (93,3%) в группе МКВ. В группе ЭКВ после восстановления СР у одного больного отмечен рецидив ФП. В группе МКВ рецидивы ФП не отмечались. Таким образом, в группе ЭКВ через 24 ч СР сохранялся у 26 из 30 больных (86,7%); в группе МКВ – у 28 из 30 больных (93,3%). В ходе исследования не отмечено ни одного случая острого нарушения мозгового кровообращения/транзиторной ишемической атаки, желудочковых аритмий, асистолии продолжительностью >3,0 с. В группе МКВ у 7 из 30 пациентов (23,3%) после

восстановления СР отмечалось увеличение продолжительности интервала QT>500 мс. В группе ЭКВ удлинение интервала QT отмечено у одного больного (3,3%; $p<0,05$). У одного пациента в каждой из групп (3,3%) после купирования ФП отмечалась синусовая брадикардия, которая разрешилась самостоятельно в течение 30 мин. наблюдения. В группе МКВ наблюдалось снижение ФВ УЛП с $37,6\pm 12,5$ до $29,5\pm 14,3\%$ ($p<0,05$) и средней скорости опорожнения (ССО) УЛП – с $40,4\pm 3,2$ до $29,6\pm 3,2$ см/с ($p<0,05$) и увеличение степени СЭК на 50% ($p<0,05$). В группе ЭКВ наблюдались схожие изменения: снижение ФВ УЛП – с $43,4\pm 14,6$ до $26,6\pm 7,6\%$ ($p<0,001$) и ССО УЛП – с $35,7\pm 6,8$ до $21,8\pm 3,6$ см/с ($p<0,05$) и увеличение степени СЭК на 100% ($p=0,053$). У одного пациента был обнаружен свежий тромб в УЛП через сутки после успешного восстановления синусового ритма с помощью рефралона. В группе МКВ отмечено менее значительное снижение ФВ и ССО УЛП и степени спонтанного эхоконтрастирования.

Заключение. По результатам рандомизированного исследования эффективность и безопасность МКВ с использованием рефралона не уступают ЭКВ у больных персистирующей ФП. Феномен «оглушения» ЛП отмечается как при восстановлении СР посредством ЭКВ, так и при МКВ. При этом степень снижения насосных показателей ЛП менее выражена после МКВ, чем после ЭКВ, утверждение. При этом степень снижения насосных показателей ЛП менее выражена после МКВ, чем после ЭКВ.

ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ КАК МЕТОД ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

ГАФУРОВ Н.Р., УЗБЕКОВА Н.Р., УСМАНОВА Д.Н., ТАШТЕМИРОВА И.М., ХУЖАМБЕРДИЕВ М.А.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан. Узбекистан

Цель работы. Оценить возможности применения Холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ для диагностики аритмий у больных идиопатическим пролапсом митрального клапана (ПМК).

Материал и методы. Проведено комплексное клинично-функциональное обследование 26 больных (средний возраст $34,5\pm 2,5$ года) с идиопатическим ПМК, верифицированным ЭхоКГ-методом. Всем больным проведено суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ аппаратом «Schiller MT-101» (Швейцария) на кафедре факультетской терапии АГМИ. Контрольную группу составили 10 практически здоровых лица.

Результаты. Проведенное исследование показало, что при ХМ ЭКГ у 55% больных с ПМК и у 20% здоровых зарегистрированы желудочковые экстрасистолы (ЖЭ). Число ЖЭ, превышающих 100 в сутки, выявлены у 13,3% больных с ПМК,

при этом ЖЭ высоких градаций отмечены только у пациентов с ПМК (18,3% случаев). В свою очередь у здоровых ЖЭ были, как правило, единичными. Наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ) регистрировались у 12% здоровых, преимущественно в ночные часы при наличии брадикардии, в то же время они выявлялись у 75% больных ПМК в дневное время при выполнении ими физических нагрузок, что указывает на неблагоприятный прогноз последних. Установлена взаимосвязь удлинения интервала QT (свыше 0,42 с) и ЖЭ как у больных, так и у здоровых ($r=0,6237$; $p=0,0001$). Важно отметить, что также у 15% больных с ПМК обнаружены признаки нарушений функции синусового узла.

Заключение. Таким образом, в возникновении аритмий при ПМК существенную роль играют как функциональные, так и органические изменения

проводящей системы сердца, что подтверждается выявлением различных нарушений сердечного ритма и проводимости более чем у половины больных при проведении ХМ ЭКГ. Обнаруженные

изменения необходимо учитывать при назначении консервативного лечения аритмий у больных с идиопатическим ПМК.

ШКАЛА CHA2DS2VASc У ПАЦИЕНТОВ С ПОЗДНИМИ ПОСТИНФАРКТНЫМИ ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ

ДАВИД Л.А., ГРОСУ А.А., БОЙЧУК И.Ю., КЭЛДАРЕ Л.Д., КУЗОР Т.С.

Институт кардиологии, г. Кишинев. Республика Молдова

Введение. Шкала CHA2DS2VASc является достоверным клиническим инструментом, используемым для определения риска инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий. Данные литературы последних лет демонстрируют, что шкала CHA2DS2VASc также может быть использована для прогнозирования риска сердечно-сосудистых событий, включая риск внезапной сердечной смерти.

Цель. Анализ прогностического значения шкалы CHA2DS2VASc у пациентов с поздними постинфарктными желудочковыми тахикардиями.

Материал и методы. В период 2015–2016 гг. в исследование были включены 90 пациентов, средний возраст которых составил $63,8 \pm 1,1$ лет, 90% мужчин, перенесших эпизод документированной желудочковой тахикардии, развившейся не ранее чем через 6 недель после острого инфаркта миокарда. Всем больным был подсчитан балл по шкале CHA2DS2VASc при включении в группу исследования. Лечение пациентов включало Амiodарон и/или бета-блокатор, ингибитор ангиотензинпревращающего фермента, Аспирин, статин. Длительность наблюдения составила $20,2 \pm 1,8$ месяцев (конечная точка – смерть больного).

Результаты. Структура желудочковых тахикардий в группе исследования была следующая: у 61,1% пациентов зарегистрировали устойчивую желудочковую тахикардию, неустойчивую желудочковую тахикардию – у 25,6% и фибрилляцию желудочков – у 13,3%. Временной промежуток от

инфаркта миокарда до развития желудочковой тахикардии составил $47,1 \pm 4,5$ месяцев. Средний балл по шкале CHA2DS2VASc составил $3,61 \pm 0,1$. Балл, равный 2, был зафиксирован у 11,1% пациентов, CHA2DS2VASc, равный 3, – у 37,8%, CHA2DS2VASc, ≥ 4 – у 51,1%. У женщин средний балл был выше, чем у мужчин ($3,80 \pm 0,35$ и $3,30 \pm 0,10$). В подгруппе пациентов с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) ≤ 35 балл по шкале CHA2DS2VASc был выше, чем в подгруппе с ФВЛЖ $> 35\%$ ($3,67 \pm 0,22$ и $3,30 \pm 0,14$). За время наблюдения процент смертельных исходов равнялся 23,3, среди женщин он составил 50%, среди мужчин – 18%. Причинами смерти явились: повторный инфаркт миокарда – 45%, внезапная сердечная смерть/фибрилляция желудочков – 45%, застойная сердечная недостаточность – 10%. Анализ расчетов CHA2DS2VASc выявил, что у умерших балл был значительно выше по сравнению с выжившими ($3,80 \pm 0,22$ и $3,30 \pm 0,11$). У лиц, умерших внезапной сердечной смертью, данный показатель составил $3,92 \pm 0,7$. Кривые Каплан – Мейер выявили достоверно более низкую выживаемость за время наблюдения в подгруппе больных с показателем ≥ 4 по шкале CHA2DS2VASc (log-rank = 3,7 $p < 0,05$).

Заключение. Шкала CHA2DS2VASc может служить дополнительным клиническим инструментом для стратификации риска и прогнозирования летального исхода у пациентов с поздними постинфарктными желудочковыми тахикардиями.