

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.