

ническое обследование, подсчет баллов по шкалам CHA2DS2-VASc, HAS-BLED и анкетирование по MMSE и MoCA для определения когнитивных расстройств.

Результаты. Персистирующая форма ФП зарегистрирована у 6 человек (5 мужчин и 1 женщина); пароксизмальная ФП – у 17 больных (10 мужчин и 7 женщин). Более чем в 70% случаев имела место постоянная форма ФП. Средний риск по шкале CHA2DS2-VASc составил 2 балла у 12% пациентов, 3 балла – у 24%, 4 балла – у 20%, 5 баллов – 26% и 6 баллов – у 14%. Установлено, что риск 5 и 6 баллов наблюдался преимущественно у женщин. Так, 6 баллов зарегистрировано в 100% случаев лишь у лиц женского пола. Среди пациентов с 2, 3 и 4 баллами преобладали мужчины. Средний риск по шкале HAS-BLED составил 2 балла у 48%, а риск 3 и более баллов – у 18%. У 35 больных (70%) выявлена хроническая болезнь почек (ХБП). Распределение по стадиям ХБП выглядело следующим образом: С1 – 2% случаев, С2 – у 30%, С3а – у 20%, стадия С3б – в 10% случаев, С4 – 2% случаев. Пероральные антикоагулянты в стационаре получали 82% пациентов. У 18 человек они не были назначены в связи с высоким риском кровотечений по шкале HAS-BLED, наличием кровотечений в анамнезе или с отказом больных от их приема. Из обследованных, принимавших варфарин (36% больных), уровень МНО от 2,0 до 3,0 зарегистрирован лишь у 16%; у остальных МНО был выше или ниже целевых значений. Ривароксабан, апиксабан, дабигатран этексилат получали 46% больных, у которых не было установлено побочных эффектов от приема препаратов. Когнитивная функция исследовалась с помощью тестов MMSE и MoCA. По шкале MMSE у 28% больных отсутствовали когнитивные расстройства, преддементные нарушения выявлены у 46%, признаки деменции легкой степени – у 20%, деменция умеренной степени – у 6%. Шкала MoCA чаще используется для быстрой

оценки умеренных когнитивных расстройств. Среди обследованных больных суммарный балл 26 и более (отсутствие когнитивной дисфункции) был выявлен только у 8%, в то время как у остальных больных регистрировались когнитивные расстройства различной степени выраженности. Сопоставив баллы по шкале CHA2DS2-VASc и когнитивные изменения, установлено, что уже при риске 2 балла в 70% случаев имелись преддементные нарушения. При увеличении баллов по шкале CHA2DS2-VASc число пациентов в группах составляло более 60%. Когнитивные расстройства у этих больных имели разную степень выраженности: от преддементных до развития деменции умеренной степени. Важно, что у 37,5% мужчин и 19,2% женщин по шкале MMSE нарушений когнитивных функций не наблюдалось. В то же время, преддементные когнитивные нарушения регистрировались у 45,8% мужчин и 46,1% женщин, деменция легкой степени – у 16,6% мужчин и 23% женщин, а деменция умеренной степени только среди 11,5% женщин. По шкале MoCA было определено, что 26 баллов и более имели 12,5% мужчин и 1 женщина, а когнитивные расстройства различной степени выраженности – у 87,5% мужчин и 96,1% женщин. Кроме того, установлено, что у пациентов с ХБП стадий С3 и С4 когнитивные нарушения наблюдались в 80%.

Заключение. У женщин выявлен более высокий риск развития тромбоэмболических осложнений (5 баллов и более). Аналогичная закономерность касалась и частоты развития когнитивных нарушений: среди лиц женского пола регистрировались более серьезные расстройства, в том числе и развитие деменции умеренной степени, которая не встречалась у мужчин. Следовательно, необходимо проводить соответствующую коррекцию выявленных изменений совместно со смежными специалистами, проводить мероприятия, направленные на повышение комплаентности и снижение риска осложнений у пациентов с ФП.

ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

ПУЛАТОВА Ш.Х., КАМИЛОВА Ш.Р., СУЛТАНОВ С.С.

РНЦЭМП Бухарского филиала, г. Бухара. Узбекистан

Актуальность. Ожирение является одним из факторов риска возникновения фибрилляции предсердий (ФП). В то же время его влияние на частоту рецидивов этой аритмии не изучено.

Цель. Изучить роль ожирения в качестве возможного фактора риска развития рецидивов ФП.

Материал и методы. В исследование включены 52 пациента (34 мужчины и 18 женщин, средний возраст – $54,7 \pm 10,5$ лет) с умеренной артериальной гипертензией и стабильной ишемической болезнью сердца, имевшие в анамнезе пароксизмы ФП и синусовый ритм на момент

начала исследования. Исходно у всех больных определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), бедер (ОБ) и их отношение (ОТ/ОБ). В последующем пациенты наблюдались в течение 6 мес., при этом оценивалось наличие рецидивов ФП.

Результаты. За период наблюдения у 28 (58%) пациентов (1-я группа) возникли рецидивы ФП, у остальных 20 (42%) (2-я группа) сохранялся синусовый ритм. У больных 1-й группы по сравнению со 2-й достоверно выше были величины ИМТ – $34,66 \pm 8,24$ и $26,72 \pm 5,71$ кг/м² соответ-

ственно ($p < 0,05$), ОТ – $108,54 \pm 9,12$ и $84,14 \pm 6,42$ см, ОБ $116,62 \pm 12,54$ и $108,76 \pm 9,63$ см и ОТ/ОБ – $0,94 \pm 0,04$ и $0,79 \pm 0,06$.

При многофакторном регрессионном анализе значимыми ($p < 0,05$) факторами риска рецидивов ФП являлись показатели ИМТ ≥ 33 кг/м² (отношение шансов (ОШ) 1,06, 95 % доверительный интервал (ДИ) 1,01–1,13) и ОТ/ОБ $\geq 0,85$ (ОШ – 1,08, 95 %

ДИ – 1,03–1,13) при чувствительности признаков 77 и 81 % и специфичности 56 и 72 % соответственно.

Выводы. Ожирение является самостоятельным фактором риска развития рецидивов ФП. Наиболее значимые соматометрические предикторы рецидивирования аритмии – ИМТ ≥ 33 кг/м² и ОТ/ОБ $\geq 0,85$.

БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО РОССИЙСКОГО АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА III КЛАССА

СОКОЛОВ С.Ф., МИРОНОВ Н.Ю., ВЛОДЗЯНОВСКИЙ В.В., ЮРИЧЕВА Ю.А., МАЙКОВ Е.Б., ГОЛИЦЫН С.П., РОЗЕНШТРАУХ Л.В., ЧАЗОВ Е.И.

ФГБУ «НМИЦ кардиологии» МЗ РФ. Россия

Введение (цели/задачи). Рефралон – новый отечественный антиаритмический препарат III класса, зарегистрированный для купирования фибрилляции (ФП) и трепетания (ТП) предсердий. В настоящее время накоплен пострегистрационный опыт применения препарата в течение 5 лет.

Материал и методы. Внутривенное введение рефралона в дозе от 10 до 30 мкг/кг с целью восстановления синусового ритма (СР) произведено 406 больным персистирующей формой ФП ($n=338$) и ТП ($n=68$). В качестве первичных критериев безопасности были приняты: 1 – летальный исход или развитие состояния, представляющего непосредственную угрозу жизни больного (в т.ч. острой сердечной недостаточности и острого нарушения мозгового кровообращения); 2 – регистрация клинически значимых желудочковых аритмий (частой желудочковой экстрасистолии, устойчивых и неустойчивых пробежек желудочковой тахикардии, тахикардии типа torsade de pointes, фибрилляции желудочков); 3 – возникновение асистолии, продолжительностью более 3 сек. В качестве вторичных критериев безопасности были приняты: 1 – возникновение клинически значимых нарушений проводимости (снижение ЧСС < 50 уд./мин. на фоне сохранения ФП, регистрация синусовой брадикардии, синоатриальных блокад, любых нарушений атриовентрикулярной проводимости, отсутствовавших ранее блокад ножек пучка Гиса после восстановления СР); 2 – увеличение частоты желудочковых сокращений вследствие трансформации ФП в ТП и/или улучшения атриовентрикулярной проводимости; 3 – любые нежелательные изменения в состоянии пациента, которые по мнению исследователей

могли быть обусловлены проводившимся медицинским вмешательством.

Результаты. При проведении медикаментозной кардиоверсии с использованием рефралона не было отмечено ни одного летального исхода или развития состояния, представляющего угрозу жизни больного. У 2 % больных (8 пациентов) отмечалось желудочковое аритмогенное действие, проявлявшееся короткими пробежками полиморфной желудочковой тахикардии типа Torsade de pointes; устойчивые пароксизмальные желудочковые аритмии после введения рефралона не отмечались. Паузы $> 3,0$ сек в момент восстановления синусового ритма зарегистрированы у 3,5 % больных (14 пациентов) еще у 4 % (16 пациентов) регистрировалась синусовая брадикардия, разрешившаяся после внутривенного введения атропина. Клинически значимые нарушения атриовентрикулярной проводимости при использовании рефралона не зарегистрированы. Частотозависимые нарушения внутрижелудочковой проводимости по типу блокады правой или левой ножки пучка Гиса зарегистрированы у 84 % (341 больной). Ни в одном из случаев аберрация внутрижелудочкового проведения не была расценена как повод к прекращению введению препарата. Трансформация в ТП после введения рефралона отмечалась у 200 из 338 больных (59 %) персистирующей ФП. Только у одного больного (0,2 %) этот феномен сопровождался значимым увеличением частоты желудочковых сокращений.

Заключение. Медикаментозная кардиоверсия с использованием рефралона является безопасным способом восстановления СР у больных персистирующей формой ФП и ТП.