

(ИБС) или дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). У всех больных исходно длительность QRS составляла более 120 мс, а на ЭКГ регистрировалась синусная активность предсердий. Им было имплантировано ресинхронизирующее устройство. У включённых в протокол левожелудочковый электрод находился в нижней или в ниже-латеральной вене сердца, а правожелудочковый – в средних или нижних отделах МЖП. Настройка VV-задержки CRT проводилась с помощью ЭхоКГ по трансмитральному потоку. Исследование с оценкой ФВ ЛЖ проводилось до и через 5–7 дней после имплантации CRT. Эффективной ресинхронизационную терапию нами было принято считать при подъёме ФВ ЛЖ более чем на 15% от исходного уровня.

Результаты:

До имплантации CRT средняя ФВ ЛЖ у группы была 27%, а после имплантации выросла до 36%. Наибольший эффект наблюдался у пациентки с изолированной БЛНПГ (прирост ФВ от исходной 95%) и у пациента с ПИКС (153%). Трое больных в группе показали прирост менее 15% в абсолютных величинах и они были причислены к неответчикам. В тоже время, даже у них прирост составлял более 10%.

Заключение:

Только у 5 из 8 пациентов при краткосрочном анализе отмечался достоверный прирост ФВ ЛЖ. Наилучшие результаты, как и ожидалось, показали больные с изолированной БЛНПГ или с минимальными структурными поражениями сердца.

ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИКОАГУЛЯНТОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Залалдинова А. М., Николаева И. Е., Янбаева С. М.

Республиканский кардиологический центр, г. Уфа

Введение (цели/ задачи):

Фибрилляция предсердий – наиболее распространенная разновидность нарушений ритма сердца. Частота ее встречаемости составляет 1–2% в общей популяции. По прогнозам экспертов ВОЗ, в связи со старением населения, распространенность фибрилляции предсердий через 50 лет, по меньшей мере, удвоится. Метаанализ нескольких крупных рандомизированных исследований показал, что антикоагулянтная терапия при фибрилляции предсердий снижает риск развития ишемического инсульта в среднем на 68%. Лечение варфарином, при условии поддержания целевого уровня международного нормализованного отношения (МНО), позволяет избежать 31 инсульт у 1000 пациентов с фибрилляцией предсердий. К сожалению, в России частота и правильность назначения антикоагулянтной терапии далека от идеальной. Из пациентов с фибрилляцией предсердий, имеющих средний и высокий риск развития тромбоэмболических осложнений, то есть абсолютные показания к антикоагулянтной терапии, получают ее лишь 61%. При этом, среди пациентов, получающих варфарин, МНО не достигает целевых значений более чем в половине случаев (51,9%). В соответствии со стандартами лечения фибрилляции предсердий, антикоагулянтная терапия обязательна к назначению не только при постоянной

ее форме, но также при ряде других клинических ситуаций, таких как пароксизмальная фибрилляция предсердий, кардиоверсия у пациентов с фибрилляцией предсердий, а также интервенционное лечение фибрилляции предсердий. Долгое время единственной группой антикоагулянтов были антагонисты витамина К, и наиболее широко используемый из них – варфарин. Являясь высокоэффективным препаратом, варфарин имеет ряд недостатков, которые ограничивают его прием. Варфарин обладает непредсказуемой фармакодинамикой и фармакокинетикой, характеризуется достаточно "узким" терапевтическим коридором между неэффективностью в предупреждении тромбоэмболических осложнений и риском геморрагических осложнений от его приема ввиду неэффективной гипокоагуляции. Одним из препаратов, которые могут служить достойной заменой варфарину, является дабигатрана этексилат. Антикоагулянтный эффект дабигатрана имеет линейный дозозависимый обратимый характер и позволяет добиться стабильной коагуляции. Большой интерес для практикующих врачей представляет применение дабигатрана этексилата у пациентов, подвергающихся кардиоверсии. В отличие от варфарина, действие дабигатрана начинается через 1 час после приема. Еще одним его преимуществом для данной группы пациентов является его стабильный гипокоагуляционный эффект. Цель исследования. Сравнение эффективности и безопасности применения варфарина и дабигатрана этексилата в следующих клинических ситуациях: 1) у пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий с целью профилактики тромбоэмболических осложнений; 2) при проведении кардиоверсии при неизвестной давности или через 48 часов и более с момента возникновения пароксизма фибрилляции предсердий; 3) при радиочастотной абляции у пациентов с пароксизмальной фибрилляцией предсердий.

Материал и методы:

В исследование были включены 112 пациента, 62 мужчины (55,4%) и 50 женщин (44,6%), в возрасте от 33 до 83 лет (средний возраст 59,03±9,4 лет). Из них 60 (53,57%) пациентов имели постоянную фибрилляцию предсердий, 42 (37,50%) пациента были госпитализированы в связи развившимся пароксизмом фибрилляции предсердий, причем давность пароксизма составляла более 48 часов или была неизвестна, 10 (8,93%) пациентам была проведена радиочастотная абляция по поводу пароксизмальной фибрилляции предсердий. Этиология фибрилляции предсердий во всех случаях была неклапанной. В исследование не включались пациенты, перенесшие в прошлом РЧА, пациенты со сниженной сократительной функцией миокарда (ХСН 2 А стадии и выше) или выраженной клапанной патологией, пациенты с умеренно сниженной функцией почек (клиренс креатинина 30–50 мл/мин) и с тяжелым нарушением функции почек (клиренс креатинина <30 мл/мин). В группе пациентов с постоянной фибрилляцией предсердий было 36 мужчин (60%) и 24 женщины (40%), средний возраст составил 67±8,4 лет. 24 пациента из 60 имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (40%), 12 пациентов перенесли в прошлом хирургическую реваскуляризацию миокарда (20%), в 8 случаях это было эндоваскулярное лечение, 4 пациента перенесли коронарное шунтирование, 42 пациента страдали гипертонической болезнью (70%). В группе пациентов с пароксизмом фибрилляции предсердий было 18 мужчин (42,86%) и 24 женщины (57,14%), средний возраст составил 47±9,2 лет. Радиочастот-

ная абляция была проведена 8 мужчинам (80%) и 2 женщинам (20%), средний возраст $42 \pm 6,5$ лет. Во всех ситуациях пациенты были разделены на две группы, одна из которых получала варфарин в начальной дозировке 5 мг с последующим титрованием до достижения целевых значений МНО (2,0 - 3,0), другая - дабигатрана этексилат в дозировке 150 мг 2 раза в сутки в течение 3-х месяцев. Всем пациентам проводилась эхокардиография и суточное мониторирование. Кроме того, пациентам, подвергшимся кардиоверсии была проведена чреспищеводная эхокардиография до и после проведения кардиоверсии для определения наличия тромбов в полостях сердца. Пациенты, принимающие варфарин, ежемесячно контролировали МНО. Эффективность применения варфарина и дабигатрана этексилата во всех случаях оценивалась по частоте развития тромбоэмболических осложнений - ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки через 3 месяца антикоагулянтной терапии. Кроме того, у пациентов, перенесших кардиоверсию, эффективность оценивалась по частоте выявления тромбов в полостях сердца после электроимпульсной терапии. Безопасность применения антикоагулянтов оценивалась по частоте развития геморрагических осложнений при применении обоих препаратов.

Результаты:

В группе пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий тромбоэмболических осложнений через 3 месяца не возникло ни в одном случае ни в группе, принимающей варфарин, ни в группе, принимающей дабигатрана этексилат. Оба препарата хорошо переносились пациентами, не возникало диспепсических явлений, головокружения. Из 30 пациентов, принимающих варфарин, 6 пациентов (20%) прекратили лечение через 1 месяц по причине отказа от регулярного мониторинга показателей коагуляции. Большие кровотечения не возникали ни в одном случае, кровоточивость десен была у двоих пациентов (8%) в группе, принимающей варфарин, что было связано с излишней гипокоагуляцией и купировалось после коррекции дозы. В группе дабигатрана этексилата кровоточивости десен не отмечалось. В группе пациентов, перенесших кардиоверсию, восстановление ритма было достигнуто во всех случаях. При этом кардиоверсия в группе пациентов, принимающих варфарин, проводилась в среднем на 7-й день с момента госпитализации, после достижения целевого значения МНО. Кардиоверсия у пациентов, принимающих дабигатрана этексилат, проводилась на второй день с момента госпитализации, после проведения ЭхоКГ, ЧПЭхоКГ. При проведении повторной ЧПЭхоКГ на фоне восстановленного синусового ритма не было выявлено тромбов в полостях сердца ни в одном случае. Развитие ишемического инсульта в течение 3 месяцев после проведения кардиоверсии не было выявлено ни в группе варфарина, ни в группе дабигатрана. Большие и малые кровотечения не возникли ни в одном случае. Ни у одного пациента из 10, перенесших РЧА, не возникло ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки, геморрагических осложнений в виде малых или больших кровотечений ни в группе пациентов, принимающих варфарин, ни в группе пациентов, принимающих дабигатрана этексилат.

Заключение:

Таким образом, применение дабигатрана этексилата при постоянной форме фибрилляции предсердий неклапанной этиологии, когда выбрана стратегия контроля ритма, перед

проведением кардиоверсии при пароксизме фибрилляции предсердий неизвестной давности или через 48 часов и более с момента возникновения, при интервенционном лечении фибрилляции предсердий отличается высокой эффективностью и безопасностью, не отличающейся от таковой при применении варфарина. Кроме того, применение дабигатрана позволяет сократить время до проведения кардиоверсии, благодаря быстрому времени достижения максимального эффекта препарата, что снижает длительность госпитализации. Применение дабигатрана поддерживает стабильную гипокоагуляцию, не требует постоянного контроля МНО, повышая тем самым комплаенс пациентов, что снижает риск развития тромбоэмболических осложнений. Таким образом, дабигатрана этексилат - высокоэффективный и безопасный препарат, удобный в применении и не требующий постоянного мониторинга показателей коагуляции и титрования дозы, что делает его достойной альтернативой варфарину.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ ЛОЗАРТАНА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И РЕЦИДИВЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ УСПЕШНОЙ КАРДИОВЕРСИИ

Азарпетян Л. Г., Григорян С. В.

НИИ Кардиологии, ЕрГМУ, Кафедра Кардиологии

Введение (цели/ задачи):

Цель настоящей работы является изучение влияния длительной терапии Лозартаном на обратное развитие гипертрофии миокарда и на частоту рецидивов ФП после успешной её кардиоверсии.

Материал и методы:

Под динамическим наблюдением находились 32 больных с пароксизмальной /персистирующей формой ФП (средний возраст $62,7 \pm 1,2$ года). Оценка структурно-функционального состояния миокарда ЛЖ проводилась методом эхокардиографии. Всем больным была проведена успешная кардиоверсия. Больным после кардиоверсии на фоне стандартной поддерживающей антиаритмической терапии (Амиодарон в суточной дозе 200-300мг) был назначен прием Лозартана в суточной дозе 25-50мг в течение 8 месяцев. Конечной точкой оценки эффективности проведенной терапии считалось появление рецидивов ФП. В качестве контрольной группы наблюдалась группа из 20 больных с пароксизмальной /персистирующей ФП с успешной кардиоверсией, получавшая стандартную поддерживающую антиаритмическую терапию Амиодароном (Кордарон) в суточной дозе 200-300 мг. Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием приложения Microsoft Excel.

Результаты:

Анализ полученных данных показал, что в группе больных, получавших стандартную антиаритмическую терапию вместе с Лозартаном выявлено уменьшение ТЗС ЛЖ и КДР ЛЖ, что сопровождалось уменьшением ОТС ЛЖ и улучшением его геометрии по сравнению с группой контрольных больных, принимавших стандартную антиаритмическую терапию, но без Лозартана. Выявлено также уменьшение РЛП. При анализе конечной точки эффективности длительного (в течение 8 месяцев) приема Лозартана выявлено, что у больных, получавших Амиодарон+Лозартан, рецидивы ФП были меньше,