

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 мониторингования 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,

чем у больных контрольной группы (7,8% vs 10%).

Заключение:

Таким образом результаты данного исследования подтвердили предположение о том, что использование сартанов в частности Лозартана (Лориста) сопровождается уменьшением частоты рецидивов ФП у больных с успешной кардиоверсией и способствует профилактике персистирующей формы ФП.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ КЛИНИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЗОВ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Дьякону Н. В.¹, Гратий К. Ф.¹, Гросу А. А.¹, Рачилэ В. С.¹, Калдаре Л. Д.¹, Кузор Т. С.¹, Герман О. И.², Павлик Г. Л.³

¹Молдова, Кишинев, Институт Кардиологии, ²Государственный Университет Медицины и Фармакологии, ³Институт Неврологии и Нейрохирургии

Введение (цели/ задачи):

За последние годы использование таблетированного анти тромботического лечения (ТАЛ) существенно увеличилось, преимущественно для профилактики эмболического инсульта у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Цель исследования состояла в оценке эффективности и безопасности назначения ТАЛ больным мерцательной аритмией (МА) без поражения клапанного аппарата в ежедневной практике. В исследование были включены пациенты с МА без поражения клапанного аппарата, которые обратились в клинику лечения тромбозов для подбора антикоагулянтной терапии в течение последних 26 месяцев. Пациенты были обследованы при первичном посещении, в последующем их состояние контролировалось по телефону каждые 2-4 недели. Они были информированы относительно возможного кровотечения или тромбоемболических осложнений. Мы оценили период терапевтического наблюдения и стабилизации индекса международного нормализованного отношения (МНО), частоту осложнений в зависимости от МНО и показатели МНО у пациентов с МА, использующих антивитамины К (АВК).

Материал и методы:

Всего в исследование были включены 202 пациента (100% новых обращений на протяжении более 26 месяцев). Средний возраст составил 68,4 лет, мужчин было 115 (57%) человек. Средний индекс CHA2DS2-VASc был 3,044, HAS-BLED – 2,3 (1,1), средний показатель МНО – 2,68 (минимальное МНО – 1,01, максимальное – 8,38). Пациенты наблюдались в среднем 16 месяцев (1,0-26,0 месяцев).

Результаты:

В течение периода наблюдения целевой уровень МНО (2,0-3,0) достигли 67% больных, ниже целевого отмечен у 23% и выше в 10% случаев. Стабилизация МНО была установлена после трех последовательных измерений и достигла уровня 2,0 – 3,0 при назначения адекватной дозы варфарина. Приблизительно у 29% пациентов (n = 59) не удалось достичь стабилизации МНО. После начальной стабилизации, у 34% больных показатели МНО вышли из под контрольного диапазона. Среди лиц мужского пола (p<0,01) и у пациентов с артериальной

гипертонией чаще наблюдалась ранняя стабилизация МНО (p = 0,014); в случаях с сердечной недостаточностью (СН) и при употреблении наркотиков и алкоголя отмечалась более поздняя стабилизация МНО (p = 0,01). У пациентов, которые достигли стабилизации МНО в течение 1 года наблюдения, эффективность дальнейшего применения варфарина была в 8,2 раз больше, чем у тех, кто не достиг такого. Три четверти пациентов, которые не достигли стабилизации МНО, перешли на использование антикоагулянтов прямого действия (АПД), 25% отдали предпочтение аспирину. Ежегодная частота незначительных кровотечений составила 12,6% (95% СН, 9,1%-14,2%) при лечении АПД и АВК, преходящих ишемических атак – 1,2% (95% СН, 0,1%-2,3%) и ишемического инсульта – 0,3% (0,2%-0,8%). Случаев геморрагического инсульта или массивного кровотечения не наблюдалось. Вариабельность МНО и употребление алкоголя и наркотиков в анамнезе были идентифицированы как факторы риска любого вида кровотечений (p = 0,02 и p = 0,005, соответственно).

Заключение:

У пациентов, принимающих АВК при ФП, уровень МНО часто находится вне необходимого терапевтического диапазона. Учитывая важность профилактики инсульта среди пациентов с ФП, вероятность непредсказуемых показателей, нужно внимательно проследить МНО во время клинического наблюдения. Невысокий уровень осложнений может быть достигнут даже среди больных МА на АТТ, если они находятся под наблюдением в специализированной клинике лечения тромбозов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ НОВОГО ГИПОТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА «ОКСАКОМ» - РЕЗУЛЬТАТЫ 1-Й И 2-Й ФАЗЫ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ

Родненков О. В., Зорин А. В., Гостеев А. Ю., Драгнев А. Г., Чазов Е. И.

ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Действующую основу Оксакома составляет биядерный динитрозольный комплекс железа с глутатионом-GS {(GS)₂Fe₂(NO)₄} – синтетический аналог эндогенных доноров NO. Его фармакологическое действие обусловлено тем, что препарат является донором NO, обладающего вазодилатационным и гипотензивным эффектом. Так же препарат обладает дезагрегационными, антиоксидантными и иммуномодулирующими свойствами. В настоящее время в клинической практике широко применяется спектр экзогенных донаторов NO. В отличие от этих препаратов Оксаком, является природной формой депонирования NO. Целью исследования было показать безопасность и гипотензивную эффективность препарата, как у здоровых добровольцев, так и у больных с артериальной гипертензией. Главной задачей 1-й фазы была оценка безопасности однократного внутривенного (в/в) введения препарата Оксаком в дозе 5 мг/кг. Основной задачей 2-й фазы клинических испытаний были оценка гипотензивного действия препарата при его в/в введении в различных дозах 3 и 5 мг/кг.