

увеличена. Если вы понимаете один вариант, вы поймете и другой. Зачастую разница между региональными диалектами намного больше, чем различия между двумя национальными вариантами. Британцы и американцы понимают друг друга без особых трудностей. Они смотрят одни и те же телешоу, слушают одни и те же песни, читают одинаковые книги.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Algeo, J.* British or American English? / J. Algeo. — Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
2. *Swan, M.* Practical English Usage / M. Swan // Oxford University Press, 2003.

УДК 616.12-008.313-005.1-005.6

### РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

*Родинченко Д. С.*

Научные руководители: ассистент *З. В. Грекова*, к.м.н., доцент *Е. Г. Малаева*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Фибрилляция предсердий (ФП) — наиболее часто встречающаяся устойчивая аритмия сердца, нередко приводящая к серьезным последствиям и являющаяся причиной преждевременной смерти пациентов с этой патологией [1]. Наличие ФП, не обусловленной патологией клапанов сердца, увеличивает риск развития инсульта в 5 раз [2]. Установлено, что сочетание ФП с артериальной гипертензией (АГ) и ожирением резко увеличивает риск геморрагических и тромбоэмболических осложнений, в том числе инсульта, несмотря на терапию антикоагулянтами [3, 4].

#### *Цель*

Оценить риск развития тромбоэмболических и геморрагических осложнений у пациентов с ФП, АГ и ожирением.

#### *Материал и методы исследования*

Обследовано 50 пациентов (25 мужчин и 25 женщин) ГГКБ № 3 кардиологического отделения, страдающих ФП (пароксизмальной формой), АГ, ожирением в возрасте от 44 до 86 лет. Для определения риска развития геморрагических осложнений у пациентов использовали шкалу HASBLED, для определения риска тромбоэмболии — шкалу CHA2DS2-VASC. Данные обрабатывались в программе «Microsoft Excel».

#### *Результаты исследования и обсуждение*

Средний возраст мужчин составил  $64,2 \pm 10,7$  лет, у женщин —  $68,6 \pm 9,5$  лет. Среди мужчин: 7 (28 %) имели избыточную массу тела, 13 (52 %) — абдоминальное ожирение. Среди женщин: 6 (24 %) имели избыточную массу тела, 14 (56 %) — абдоминальное ожирение.

Таблица 1 — Риски тромбоэмболических (ТЭО) и геморрагических осложнений (ГО) у пациентов без и с абдоминальным ожирением

Показатели	Мужчины без ожирения	Мужчины с избыточной массой тела/ожирением	Женщины без ожирения	Женщины с избыточной массой/ ожирением
Риск ГО, балл	$1,8 \pm 0,8$	$2,45 \pm 1,6$	$1,4 \pm 0,5$	$2,4 \pm 1,4$
Риск ТЭО, балл	$2,6 \pm 1,7$	$2,75 \pm 1,6$	$3,4 \pm 0,5$	$3,75 \pm 1,5$

Как у мужчин, так и у женщин с избыточной массой тела и абдоминальным ожирением риски ТЭО и ГО выше, чем у пациентов с нормальным индексом массы тела и объемом талии.

Таблица 2 — Факторы риска кровотечений по шкале HASBLED

Факторы риска	Мужчины	Женщины
АГ	23 (92 %)	24 (96 %)
Нарушение функции почек	2 (8 %)	1 (4 %)
Инсульт	3 (12 %)	1 (4 %)
Кровотечение в анамнезе	5 (20 %)	3 (12 %)
Лабильное МНО	9 (36 %)	9 (36 %)
Возраст > 65 лет	6 (24 %)	9 (36 %)
Прием НПВС	10 (40 %)	8 (32 %)
Прием антиагрегантов	19 (76 %)	21 (84 %)

Самыми частыми факторами риска (ФР) кровотечений как у мужчин, так и у женщин являются АГ, прием антиагрегантов и нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), лабильный уровень МНО. Не модифицируемым ФР является возраст > 65 лет (мужчины — 6 (24 %), женщины — 9 (36 %)).

Таким образом, высокий риск развития ГО ( $\geq 3$  баллов) выявлен у 4 (16 %) женщин у 5 (20 %) мужчин. Из них все получают антикоагулянтную терапию.

Таблица 3 — Факторы риска тромбообразования по шкале CHA2DS2-VASC

Факторы риска	Мужчины	Женщины
Инсульт в анамнезе	3 (12 %)	1 (4 %)
Возраст $\geq 75$ лет	6 (24 %)	7 (28 %)
АГ	25 (100 %)	25 (100 %)
СД	3 (12 %)	5 (20 %)
Сосудистые заболевания	3 (12 %)	1 (4 %)
Возраст 65–74	6 (24 %)	9 (36 %)
Женский пол	—	25 (100 %)

Наиболее частым ФР ТЭО как у мужчин, так и у женщин является АГ. Немодифицируемыми ФР являются женский пол и возраст (мужчины  $\geq 75$  лет — 6 (24 %); 65–74 года — 6 (24 %); женщины  $\geq 75$  лет — 7 (28 %), 65–74 года — 9 (36 %)).

Распределение пациентов по риску ТЭО (низкий = 0 баллов, средний = 1 балл, высокий  $\geq 2$  балла): среди женщин у 25 (100 %) высокий риск, среди мужчин — у 6 (24 %) средний, у 19 (76 %) — высокий риск. Пациенты, имеющие высокий риск ТЭО в стационаре получали варфарин или ривароксабан.

#### **Выводы**

1. У мужчин и женщин с избыточной массой тела и абдоминальным ожирением риски ТЭО и ГО выше, чем у пациентов с нормальным индексом массы тела и объемом талии.

2. Высокий риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASC выявлен у всех женщин и 76 % мужчин. АГ является значимым ФР как ТЭО, так и ГО. Не модифицируемыми ФР являются женский пол и возраст, что объясняет высокий риск ТЭО у пациентов старше 65 лет.

3. Высокий риск развития ГО по шкале HASBLED выявлен у 20 % женщин и 28 % мужчин. Основными ФР ГО у мужчин и женщин являются АГ, прием антиагрегантов и НПВС.

4. У 36 % мужчин и женщин имеется лабильный уровень МНО, который является ФР, как кровотечений, так и тромбообразования, что может потребовать перевода пациента на прием новых пероральных антикоагулянтов.

5. С целью уменьшения риска кровотечений необходимо контролировать уровень артериального давления, прием НПВС по строгим показаниям коротким курсом.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Camm, A. J.* First Europe-specific Guidance on AF. — 2010. — [Электронный ресурс] / A. J. Camm. — URL: <http://cme.medscape.com/viewarticle/728547>.

2. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation / V. F. Gage [et al.] // J. Am. Med. Assoc. — 2001. — Vol. 285, № 22. — P. 2864–2870.

3. Неотложные состояния в клинике внутренних болезней: учеб.-метод. пособие / И. И. Мистюкевич [и др.] // Гомель: ГомГМУ, 2014. — 88 с.

4. *Малаева, Е. Г.* Внутренние болезни: учебное пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.