

УДК 616.125-008.69-089.8-06:616-005.6/.7

ЦЕЛУЙКО В.И., ОПОЛОНСКАЯ Н.А.¹

Кафедра кардиологии и функциональной диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования

¹Областной кардиологический диспансер, г. Сумы

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Резюме. В статье представлены результаты исследования распространенности факторов риска развития тромбоэмболических и геморрагических осложнений у пациентов с неклапанной формой фибрилляции предсердий при длительном наблюдении в течение 2 лет. Проведен детальный анализ отдельных факторов риска у пациентов по шкалам CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED. В зависимости от исходного риска определена частота развития конечных точек (инсульт, ТИА, геморрагические осложнения или смерть от сердечно-сосудистых причин или комбинации исходов). Установлена зависимость между частотой тромбоэмболических и геморрагических осложнений и количеством баллов по шкале CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, тромбоэмболические и геморрагические осложнения, факторы риска, шкалы CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc и HAS-BLED.

Фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее часто встречающейся в клинической практике аритмией и обуславливает 1/3 госпитализаций по поводу нарушений сердечного ритма. Распространенность ее в общей популяции составляет 0,4 % и увеличивается с возрастом [1]. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что хотя ФП редко бывает непосредственной причиной смерти пациента, она может вызывать ряд серьезных осложнений, в том числе тромбоэмболии в сосуды большого круга кровообращения и, в частности, ишемический инсульт. По данным Американской ассоциации сердца за 2011 г., ФП увеличивает риск развития инсульта в 5 раз среди всех возрастных групп по сравнению с общей популяцией [2]. При этом инсульты кардиоэмболического генеза протекают тяжелее и чаще, чем инсульты, сопряженные с атеротромбозом, приводят к формированию выраженного неврологического дефицита, инвалидизации и смерти пациента [4]. Кроме того, ФП представляет собой значимый фактор риска (ФР) возникновения повторных инсультов [4].

Риск развития ишемического инсульта и системных эмболий не различается при постоянной, персистирующей или пароксизмальной ФП, поэтому форма ФП не учитывается при оценке индивидуального риска тромбоэмболических осложнений (ТЭО) [5].

Течение ФП и риск осложнений в значительной степени зависят от фона, на котором наблюдается ФП (возраста больного, наличия артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД), сердечной не-

достаточности (СН)). По данным Фремингемского исследования, при наблюдении в течение 38 лет ХСН диагностирована у 20,6 % мужчин и 26 % женщин с ФП, в отсутствие ФП сердечная недостаточность была выявлена у 3,2 и 2,9 % больных соответственно, то есть в 6–8 раз реже [6]. В связи с широкой распространенностью среди населения именно с артериальной гипертензией связано больше случаев ФП, чем с каким-либо другим фактором риска.

Риск смерти на фоне ФП составляет 50 % в первый год после инсульта, что является очень неблагоприятным показателем. Поэтому для практического врача очень важна оценка риска развития цереброваскулярных событий у пациентов с ФП. Для этого рекомендуют использовать шкалу оценки риска инсульта у больных с фибрилляцией/трепетанием предсердий CHADS₂. Сумма баллов по шкале CHADS₂ отражает ожидаемую частоту инсульта за год (в среднем и 95% доверительный интервал): 0 баллов — низкий риск, 1 балл — средний риск, 2 и больше балла — высокий риск развития инсульта у пациента [7].

В последних рекомендациях Европейского общества кардиологов (2010) шкала CHADS₂ была пересмотрена и дополнена — CHA₂DS₂-VASc score [8]. Усовершенствованная шкала содержит принципиальные изменения в виде дополнительных критериев; в частности, од-

© Целуйко В.И., Ополонская Н.А., 2013

© «Медицина неотложных состояний», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

ним из главных факторов риска наряду с перенесенным ранее инсультом или ТИА (2 балла) в этой шкале является возраст ≥ 75 лет, который теперь оценивается в 2 балла, в отличие от предыдущей версии, где этому ФР был присвоен 1 балл. Кроме того, в шкалу CHA₂DS₂VASc включены возраст 65–74 года как ФР, который оценивается в 1 балл, и такие значимые ФР, как тромбоемболии в анамнезе (2 балла), принадлежность к женскому полу (1 балл), сосудистая патология (перенесенный инфаркт миокарда, заболевание периферических артерий, атеросклеротические бляшки в аорте; 1 балл). Расширен также один из ФР предыдущей шкалы — застойная сердечная недостаточность/дисфункция левого желудочка (фракция выброса $\leq 40\%$) [9]. При высоком риске развития инсульта пациентам рекомендуется назначение пероральных антикоагулянтов.

Эффективность любого антитромботического лечения должна быть сбалансирована с риском большого кровотечения, особенно внутримозгового, которое часто является фатальным. Поэтому для определения риска кровотечения у пациентов с ФП (на фоне приема антикоагулянтов) введена шкала геморрагических осложнений HAS-BLED [10]. В шкалу HAS-BLED включены следующие факторы риска (1 балл за каждый): АГ, нарушение функции печени и почек, перенесенный инсульт, кровотечение в анамнезе, лабильное Международное нормализованное отношение (МНО), возраст ≥ 65 лет, сопутствующее применение лекарств или алкоголя. Простота использования HAS-BLED дает преимущества, так как более легко может быть использована в клинической практике. Всероссийское научное общество кардиологов и Всероссийское научное общество аритмологов в своем руководстве 2011 года [11], Канадское сердечно-сосудистое общество (Canadian Cardiovascular Society — CCS) [12] и ESC 2012 г. [13] рекомендовали использование HAS-BLED перед началом антикоагулянтной терапии у больных с ФП. Значение индекса ≥ 3 баллов по этой шкале свидетельствует о высоком риске кровотечения и требует особой осторожности при назначении любого антиромботического препарата. Шкалу HAS-BLED следует использовать для идентификации модифицируемых факторов риска, которые можно корректировать, но не следует использовать для выделения пациентов, непригодных для антикоагулянтной терапии.

Известно, что в различных популяциях распространенность и преобладание отдельных факторов риска тромбоемболических осложнений у больных ФП отличается. Подобные исследования в Украине немногочисленны и, как правило, охватывают небольшую выборку и непродолжительный период наблюдения.

Целью данного исследования явилось определение распространенности факторов риска тромбоемболических и геморрагических осложнений среди больных с ФП и оценка их прогностического значения при длительном наблюдении в течение 2 лет.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 318 пациентов с пароксизмальной, персистирующей и постоянной формой фибрилляции предсердий (206 мужчин, 112 жен-

щин) в возрасте от 31 до 84 лет (в среднем $61,70 \pm 0,64$ года).

Критериями исключения были: клапанные пороки сердца, острый коронарный синдром, острое нарушение мозгового кровообращения, онкологические заболевания, СН IV класса (по NYHA). Клинический диагноз ФП устанавливался согласно рекомендациям ACC/AHA/ESC (2010) по диагностике и лечению фибрилляции предсердий, на основании характерных жалоб больных, собранного анамнеза с учетом факторов риска (умеренным или повышенным риском развития инсульта по шкале CHADS₂), данных объективного и инструментального обследований: электрокардиографии и эхокардиографии.

Среди обследованных больных у 25 (7,8 %) была пароксизмальная форма ФП, у 67 (21,1 %) — персистирующая, у 226 (71,1 %) — постоянная форма заболевания. У всех пациентов проведена стратификация риска тромбоемболических и геморрагических осложнений по шкале CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc, а также HAS-BLED. Большинство больных страдали ИБС — 253 человека (79,5 %), артериальная гипертензия встречалась у 242 человек (76,1 %), гипертензия свыше 160 мм рт.ст. диагностирована у 20 человек (6,3 %), СН — у 128 человек (40 %). Среди обследованных больных у 31 человека (9,7 %) в анамнезе фигурировал постинфарктный кардиосклероз, у 50 (15,7 %) — инсульт, ТИА. Из факторов риска инсульта у 46 пациентов (14,5 %) наблюдался сопутствующий сахарный диабет, возраст ≥ 75 лет — у 24 (7,2 %), курение, в том числе в анамнезе — у 16,3 (табл. 1).

Всем пациентам с фибрилляцией предсердий оценивали риск тромбоемболических и геморрагических осложнений. Для этого использовали шкалы CHADS₂, CHA₂DS₂-VASc, а также HAS-BLED. Средняя исходная оценка риска по шкале CHADS₂ составила $1,72 \pm 0,10$ балла, CHA₂DS₂-VASc — $2,56 \pm 0,12$ балла, а HAS-BLED — $1,35 \pm 0,07$ балла.

На протяжении всего периода исследования (2 года наблюдения) все пациенты получали базисную терапию (гипотензивные препараты, антиаритмики, антикоагулянты, статины). Частота применения различных препаратов приведена в табл. 2.

Всем наблюдаемым больным была назначена антикоагулянтная терапия, преимущественно антагонистом витамина К, в индивидуально подобранной дозе и рекомендацией жесткого контроля МНО. Результаты последующего обследования свидетельствовали о недооценке рисков пациентами, нарушении правил приема препаратов и неудовлетворительном лабораторном контроле.

Статистический анализ полученных данных осуществлялся при помощи пакета программ SPSS 19.0. Проверка нормальности распределения исследуемых признаков осуществлена с помощью критерия Шапиро — Уилка. При нормальном распределении количественные признаки были представлены в виде среднего \pm стандартное отклонение ($M \pm s$), для сравнения средних двух выборок использовали t-критерий Стьюдента. Р-значения рассчитывались с использованием модели пропорциональных рисков Кокса. Различия

изменения изучаемых признаков признавались статистически значимыми при вероятности справедливости нулевой гипотезы менее 5 % ($p < 0,05$). Качественные признаки оценивались в процентах.

Результаты и обсуждение

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что практически все обследуемые больные (95 %) с фибрилляцией предсердий, согласно шкале CHADS₂, имеют повышенный риск ТЭО и нуждаются в профилактическом приеме антикоагулянтных препаратов (табл. 3). Ведущим фактором (по частоте) была артериальная гипертензия, которая встречалась у 76,1 % всех обследованных пациентов. Сердечная недостаточность отмечалась у 40 % больных, перенесенный ранее инсульт, ТИА — у 15,7 %, сахарный диабет — у 14,5 %, возраст более 75 лет — у 7,2 %.

При сравнительном анализе распространенности факторов в зависимости от пола обращает на себя внимание то, что у женщин развитию фибрилляции предсердий чаще предшествует артериальная гипертензия (83 % против 72,3 % у мужчин), в то время как сердечная недостаточность встречается достоверно реже (33 % против 44,1 % у мужчин).

Известно, что в рекомендациях Европейского общества кардиологов 2010 года расширен круг показателей, которые следует учитывать при определении риска тромбоэмболических осложнений (CHA₂DS-VASc score). Учитывая, что набор больных начат раньше и оценка риска в тот период проводилась по шкале CHADS₂, мы проанализировали, насколько использование новой шкалы стратификации риска изменит структуру рисков у обследованных больных (табл. 3). Если руководствоваться шкалой CHADS₂ и имеющимися в то время рекомендациями, то в антикоагулянтной терапии нуждались

чуть больше 50 %, а при дополнении факторов риска удельный риск больных с количеством баллов, превышающих 2, составил более 75,2 %. А если учитывать расширение показаний для новых антикоагулянтов, то количество больных, нуждающихся в антикоагулянтной профилактике тромбоэмболических осложнений, еще больше. Если сопоставить результаты расчета риска по двум шкалам и расширение круга пациентов, нуждающихся в профилактическом приеме антикоагулянтов (согласно рекомендациям Европейского общества кардиологов, 2012), то обращает на себя внимание, что количество больных, нуждающихся в соответствующей терапии, увеличилось с 50,9 до 95 %.

В то же время варфарин (единственный антикоагулянтный препарат, рекомендованный для профилактики ТЭО при ФП на момент начала наблюдения) принимали 72 %.

Высокий риск тромбоэмболических событий, как правило, сопряжен и с повышенным риском геморрагических осложнений, так как имеются общие факторы риска (гипертензия, инсульт, возраст). Мы провели стратификацию риска кровотечений у обследованных больных. Наиболее частыми факторами риска развития кровотечения были: возраст более 65 лет — 37,1 % (118 человек), нарушение функции печени или почек — 21,1 % (67 человек), алкогольная зависимость — 10 % (32 человека), кровотечение в анамнезе или склонность к нему — 7,2 % (23 человека), а также артериальная гипертензия свыше 160 мм рт.ст. — 6,3 % (20 человек). Высокий риск геморрагических осложнений (более 3 баллов) был обнаружен у 41 пациента (12,9 %).

Данные больных, включенные в исследование, были повторно проанализированы через 2 года с оценкой осложнений, которые произошли за этот период. Результаты проведенного анализа тромбоэмболиче-

Таблица 1. Стратификация риска инсульта у больных по шкале CHADS₂ (%)

CHADS ₂	Все пациенты, n = 318	Мужчины, n = 206	Женщины, n = 112	P
СН (по NYHA)	128 (40,3)	91 (44,2)	37 (33)	0,053
АГ	242 (76,1)	149 (72,3)	93 (83)	0,032
Возраст ≥ 75 лет	24 (7,2)	16 (7,7)	8 (7,1)	0,808
СД	46 (14,5)	29 (14,1)	17 (15,2)	0,790
Инсульт, ТИА, тромбоэмболии (в анамнезе)	50 (15,7)	28 (13,6)	22 (19,6)	0,109

Таблица 2. Частота использования различных групп препаратов больными с ФП

Препарат	Абс. к-во больных (n = 318)	%
Бета-блокаторы	294	92,5
ИАПФ	235	73,9
Антагонисты ангиотензина II	65	20,4
Антагонисты Са	32	10,1
Диуретики/антагонисты альдостерона	187	58,8
Сердечные гликозиды	133	41,9
Амиодарон	97	30,5
Статины	144	45,3
Варфарин	229	72
Аспирин	78	24,5
Аспирин в комбинации с варфарином	11	3,5
Метаболическая терапия	106	33,3

ских и геморрагических осложнений, включая смерть, представлены в табл. 4.

Установлено, что среди лиц с невысоким риском (CHADS2 1 балл) развитие ишемических нарушений мозгового кровообращения отмечено у 2 больных (3,2 %). Данный показатель несколько выше, чем в других регистрах (1,3 % за год), что, возможно, обусловлено небольшой выборкой. Отмечено пропорциональное увеличение тромбоэмболических осложнений по мере увеличения количества баллов по CHA2DS-VASc score. Следует отметить, что эта закономерность прослеживается и относительно шкалы геморрагического риска. Возрастание суммы баллов, полученных по HAS-BLED, ассоциировалось с увеличением частоты осложнений.

За период наблюдения умерло 10 пациентов, причем удельный вес умерших увеличивался по мере возрастания риска тромбоэмболических осложнений. Подобная закономерность прослеживалась и в от-

ношении суммарной конечной точки (ишемические осложнения + геморрагические осложнения + смерть). Если при сумме баллов 1 она составила 3,2 %, то при 2 баллах — 7,7 %, при 3 — 25 %, при 4 — 26,5 %, при 5 — 36,9 %, при 6 — 50 %, при 7 — 100 %.

Все это очередной раз подтверждает, что выбранные факторы действительно отражают тяжесть больного и влияют не только на риск тромбоэмболических и геморрагических осложнений, но и на общий прогноз.

Выводы

1. Результаты анализа риска ТЭО у больных с ФП по шкале CHADS2-VAS свидетельствуют, что более 3/4 больных имеют жесткие показания к приему пероральных антикоагулянтов (риск > 2 баллов), а еще у 19,8 % больных целесообразно применение новых АК (риск 1 балл). При этом почти половина больных имеет риск более 3 баллов.

Таблица 3

Баллы	CHADS2		CHA2DS-VASc score		HAS-BLED	
	N = 318	%	N = 318	%	N = 318	%
0	31	9,8	16	5,0	72	22,6
1	125	39,3	63	19,8	118	37,1
2	97	30,5	90	28,3	87	27,4
3	47	14,8	72	22,7	32	10,1
4	17	5,3	49	15,4	7	2,2
5	1	0,3	19	6,0	2	0,6
6	0	0	8	2,5	0	0
7	0	0	1	0,3	0	0

Таблица 4. Результаты проведенного анализа тромбоэмболических и геморрагических осложнений, n (%)

Баллы	Тромбоэмболические осложнения		Геморрагические осложнения				Умерли	Всего осложнений
	Ишемический инсульт	ТИА	Геморрагический инсульт	Носовое кровотечение	Желудочное кровотечение	Ректальное кровотечение		
CHADS2								
1	3 (2,4)	2 (0,8)	–	4 (3,2)	–	1 (0,8)	1 (0,8)	11 (8,8)
2	4 (4,1)	2 (2,1)	–	7 (7,2)	1 (1)	–	3 (3,1)	17 (17,5)
3	5 (10,7)	1 (2,1)	2 (4,2)	5 (10,7)	1 (2,1)	1 (2,1)	4 (8,5)	19 (40,4)
4	–	–	2 (11,8)	–	1 (5,8)	–	2 (11,8)	5 (29,4)
CHA2DS-VASc score								
1	1 (1,6)	1 (1,6)	–	–	–	–	–	2 (3,2)
2	–	2 (2,2)	–	5 (5,5)	–	–	–	7 (7,7)
3	4 (5,5)	–	1 (1,4)	6 (8,3)	2 (2,9)	1 (1,4)	4 (5,5)	18 (25)
4	3 (6,1)	2 (4,2)	–	4 (8,1)	–	1 (2)	3 (6,1)	13 (26,5)
5	4 (21)	–	1 (5,3)	1 (5,3)	1 (5,3)	–	–	7 (36,9)
6	–	–	2 (25)	–	–	–	2 (25)	4 (50)
7	–	–	–	–	–	–	1 (100)	1 (100)
HAS-BLED								
0	2 (2,7)	1 (1,4)	–	–	–	–	1 (1,4)	4 (5,5)
1	4 (3,3)	1 (0,9)	1 (0,9)	3 (2,5)	–	1 (0,9)	3 (2,5)	13 (11)
2	4 (4,5)	3 (3,4)	–	5 (5,8)	–	1 (1,2)	5 (5,8)	18 (20,7)
3	2 (6,3)	–	3 (9,3)	6 (18,8)	–	–	1 (3,1)	12 (37,5)
4	–	–	–	1 (14,2)	2 (28,6)	–	–	3 (42,8)
5	–	–	–	1 (50)	1 (50)	–	–	2 (100)

2. Частота отдельных факторов риска тромбоемболических и геморрагических осложнений у больных с ФП различна и, в порядке убывания, составляет: АГ — 76,1 %, СН — 40 %, инсульт/ТИА — 15,7 %, СД — 14,5 %.

3. Подтверждена четкая зависимость между частотой тромбоемболических осложнений (ишемический инсульт и ТИА) и шкалой риска. Так, при CHADS2-VASc 2 балла частота данных осложнений встречалась у 2,2 %, CHADS2-VASc 3 балла — у 5,5 %, CHADS2-VASc 4 балла — у 10,3 %, CHADS2-VASc 5 баллов — у 21 %.

4. Установлена связь между частотой геморрагических осложнений в течение 2-летнего наблюдения и количеством баллов по шкале HAS-BLED (1 балл — 4,3 %, 2 балла — 7 %, 3 балла — 28,1 %, 4 балла — 42,8 %, 5 баллов — 100 %).

5. Риск развития всех осложнений, в том числе и смерти, у больных с ФП возрастает пропорционально количеству баллов как по шкале ТЭО риска (CHADS2,) так и HAS-BLED. Так, согласно шкале CHADS2-VASc при сумме баллов 1 осложнения встречались у 3,2 %, 2 балла — у 7,7 %, 3 — у 25 %, 4 — у 26,5 %, 5 — у 36,9 %, 6 — у 50 %, 7 баллов — у 100 %.

Список литературы

1. Зотова И.В., Исаева М.Ю., Алехин М.Н. Оценка риска тромбоемболий при мерцательной аритмии: современное состояние проблемы // *Атеротромбоз*. — 2013. — № 1. — С. 21-31.
2. Дзяк Г.В. Фибрилляция предсердий // *Здоров'я України*. — 2009, вересень. — С. 15-16.
3. Kirchhof P., Auricchio A., Vax J. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary // *Eur. Heart J.* — 2007 Nov. — 28(22). — 2803-2817.
4. Комаров А.Л. «Старые» и «новые» возможности профилактики инсульта у больных с фибрилляцией предсердий // *Атеротромбоз*. — 2013. — № 1. — С. 44-52.
5. Friberg L., Hammar N., Rosengvist M. Stroke in paroxysmal atrial fibrillation: Report from the Stockholm Cohort of Atrial Fibrillation // *Eur. Heart J.* — 2010. — Vol. 31. — P. 967-975.

6. Nabauer M., Gerth A., Limbourg T., Schneider S., Oeff M., Kirchhof P., Goette A., Lewalter T., Ravens U., Meinertz T., Breithardt G., Steinbeck G. The Registry of the German Competence Network on Atrial Fibrillation: patient characteristics and initial management // *Europace*. — 2009. — 11. — 423-434.

7. Stroke Risk in Atrial Fibrillation Working Group. Comparison of 12 risk stratification schemes to predict stroke in patients with nonvalvular atrial fibrillation // *Stroke*. — 2008. — 39. — 1901-1910.

8. European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery, Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y., Schotten U., Savelieva I., Ernst S., Van Gelder I.C., Al-Attar N., Hindricks G., Prendergast B., Heidbuchel H., Alfieri O., Angelini A., Atar D., Colonna P., De Caterina R., De Sutter J., Goette A., Gorenek B., Heldal M., Hohloser S.H., Kolh P., Le Heuzey J.Y., Ponikowski P., Rutten F.H. Guidelines for the management of atrial fibrillation: the Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) // *Eur. Heart J.* — 2010 Oct. — 31(19). — 2369-429.

9. Lip G.Y., Nieuwlaat R., Pisters R., Lane D.A., Crijns H.J. Refining clinical risk stratification for predicting stroke and thromboembolism in atrial fibrillation using a novel risk factor-based approach: the Euro Heart Survey on atrial fibrillation // *Chest*. — 2010. — 137. — 263-272.

10. Apostolakis S., Lane D.A., Guo Y., Buller H.R., Lip G.Y.H. Performance of the HEMORR2HAGES, ATRIA and HAS-BLED bleeding risk prediction scores in anticoagulated patients with atrial fibrillation: The AMADEUS study // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2012. — 60. — 861-867.

11. Рекомендации РКО, ВНОА, АССХ. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий / Под ред. проф. Сулимова В.А. — М., 2012. — С. 34-36.

12. Cairns J.A., Connolly S., McMurry S. et al. Canadian Cardiovascular Society atrial fibrillation guidelines 2010: prevention of stroke and systemic thromboembolism in atrial fibrillation and flutter // *Can. J. Cardiol.* — 2011. — 27. — 74-90.

13. Camm J., Lip G.Y., Raffaele De Caterina et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. An update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of European Heart Rhythm Association // *ECS Guidelines*. — 2012. — 1-29.

Получено 13.10.13 □

Целуйко В.І., Ополонська Н.А.¹

Кафедра кардіології та функціональної діагностики
Харківської медичної академії післядипломної освіти
¹Обласний кардіологічний диспансер, м. Суми

ПОШИРЕНІСТЬ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ ТА ГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ СЕРЕД ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Резюме. У статті наведені результати дослідження поширеності факторів ризику розвитку тромбоемболических і геморрагічних ускладнень у пацієнтів із неклапанною формою фібрилляції передсердь при тривалому спостереженні протягом 2 років. Проведено детальний аналіз окремих факторів ризику в пацієнтів за шкалами CHADS2, CHA2DS2-VASc і HAS-BLED. Залежно від вихідного ризику визначена частота розвитку кінцевих точок (інсульт, ТІА, геморрагічні ускладнення або смерть від серцево-судинних причин або комбінації результатів). Установлено залежність між частотою тромбоемболических і геморрагічних ускладнень і кількістю балів за шкалою CHA2DS2-VASc і HAS-BLED.

Ключові слова: фібрилляція передсердь, тромбоемболическі та геморрагічні ускладнення, фактори ризику, шкали CHADS2, CHA2DS2-VASc і HAS-BLED.

Tseluyko V.I., Opolonskaya N.A.¹

Department of Cardiology and Functional Diagnostics of
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkiv

¹Regional Cardiology Dispensary, Sumy, Ukraine

THE PREVALENCE OF RISK FACTORS FOR THROMBOEMBOLIC AND HEMORRHAGIC COMPLICATIONS AMONG PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

Summary. The paper presents the results of a study on prevalence of risk factors for thromboembolic and hemorrhagic complications in patients with non-valvular atrial fibrillation during long-term follow-up for 2 years. A detailed analysis of specific risk factors has been carried out in patients using scales CHADS2, CHA2DS2-VASc and HAS-BLED. Depending on baseline risk, we determined the incidence of endpoints (stroke, TIA, hemorrhagic complications or death from cardiovascular causes or a combination of outcomes). We established the dependence between prevalence of thromboembolic and hemorrhagic complications and the number of points by scales CHA2DS2-VASc and HAS-BLED.

Key words: atrial fibrillation, thromboembolic and hemorrhagic complications, risk factors, scales CHADS2, CHA2DS2-VASc and HAS-BLED.