

Можливості черезстравохідної ехокардіографії в ідентифікації пацієнтів з фібриляцією передсердь «дійсно низького» ризику тромбоемболічних ускладнень

Черезстравохідна ехокардіографія (ЧСЕхо-КГ) — високоспецифічний і високочутливий метод виявлення тромбозу вушок передсердь. Однак шкала стратифікації ризику тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) при фібриляції передсердь (ФП) CHA2DS2-VASc не включає ехокардіографічні чинники ризику ТЕУ в діагностичний алгоритм.

Мета роботи — оцінити можливості шкали CHA2DS2-VASc та ЧСЕхо-КГ в ідентифікації пацієнтів «дійсно низького» ризику ТЕУ та доцільність призначення оральної антикоагулянтної терапії (ОАК) пацієнтам помірного ризику за цією шкалою.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 133 пацієнтів з персистентною неклапанною ФП, яким було проведено ЧСЕхо-КГ перед плановим відновленням ритму методом електричної кардіоверсії.

Результати та обговорення. При стратифікації ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc ризик ≥ 2 балів був у 91 (68,4 %) пацієнта, помірний ризик був у 32 (24,1 %) пацієнтів, без факторів ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc було 10 (7,5 %) осіб. У групі пацієнтів високого ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc тромбоз вушка лівого передсердя (ЛП) / вушка правого передсердя (ПП) / вушок обох передсердь виявили у 33,0 / 7,7 / 47,2% пацієнтів, у групі помірного ризику — у 15,6 / 3,1 / 56,3% пацієнтів відповідно. Незважаючи на низький ризик ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc, тромбоз вушка ЛП / вушка ПП / вушок обох передсердь був у 50,0 / 20,0 / 20,0% пацієнтів відповідно.

Висновки. У пацієнтів без факторів ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc слід розглянути доцільність проведення ЧСЕхо-КГ для ідентифікації «дійсно низького» ризику тромбоемболізму. Пацієнтам помірного ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc рекомендоване призначення ОАК терапії.

Ключові слова:

фібриляція передсердь, тромбоемболічні ускладнення, шкала CHA2DS2-VASc, черезстравохідна ехокардіографія.



О.С. Калашникова

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

КОНТАКТНА ІНФОРМАЦІЯ

Калашникова Оксана Сергіївна
аспірант кафедри госпітальної терапії № 2

49044, м. Дніпропетровськ,
вул. Дзержинського, 9
E-mail: oksankalashnikov@yandex.ru

Стаття надійшла до редакції
5 березня 2013 р.

Протягом останніх двадцяти років не вгасає інтерес до вивчення факторів ризику тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) при фібриляції передсердь (ФП) та пошуку шляхів їх профілактики. Частота ТЕУ при ФП залежить від наявності тромбоемболізму в анамнезі, характеру супутньої патології та ефективності терапії. Визначення різних клінічних чинників ризику інсульту привело до розробки різноманітних схем стратифікації ризику, які постійно вдосконалюються, щоб ідентифікувати пацієнтів високого ризику, котрим обов'язково проводити профілактику ТЕУ оральними антикоагулянтами (ОАК), та низького ризику, у яких ця терапія немає переваг, але жодна з цих схем не є довершеною. Останніми роками простежується тенденція до більш індивідуалізованого підходу в оцінці факторів ризику ТЕУ. Так,

у рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (ЄТК) 2010 р. з ведення пацієнтів з ФП відмовились від використання категорій «низького», «помірного» та «високого» ризику через доведену низьку прогностичну цінність такого підходу та запропонували більш деталізоване вивчення чинників ризику за допомогою ризикорієнтованого підходу за шкалою CHA2DS2-VASc [7]. У майбутньому такий підхід має привести до оцінки та порівняння існуючих та нових схем стратифікації на різних популяціях пацієнтів та в різних клінічних ситуаціях. Довгий час тактика антитромботичної профілактики в пацієнтів з наявністю одного фактора ризику залишалась невизначеною навіть за щорічного ризику інсульту в цієї категорії пацієнтів у 1,3 %, і лише в перегляді рекомендацій 2012 р. було продемонстровано переваги антикоагулянтної терапії в цих хворих [1].

За допомогою ехокардіографічного дослідження можливо отримати низьку параметрів, які можуть бути використані для вдосконалення стратифікації ризику ТЕУ у пацієнтів з ФП. У плацебоконтрольованих рандомізованих дослідженнях, присвячених антитромботичній терапії, трансторакальна ехокардіографія (ТТЕхо-КГ) у пацієнтів з ФП виявилась корисною для виявлення незалежних предикторів ТЕУ [11]. Метааналіз трьох рандомізованих досліджень з антитромботичної терапії виявив єдиний незалежний Ехо-КГ предиктор інсультів при ФП — це помірна або виражена дисфункція лівого шлуночка (ЛШ) [5], який було включено до схеми стратифікації ризику ТЕУ при ФП. Виявлення тромбу вушка лівого передсердя (ЛП) слугує прогностичним чинником ризику ішемічного інсульту у 10,4 % випадків щорічно або ризику смерті у 15,8 % [6, 8]. Чутливість ТТЕхо-КГ для діагностики тромбів у передсердях дуже низька та складає, за даними різних авторів, 39–63 % [4, 9, 10]. Її діагностична цінність для виявлення тромбозу вушок передсердь ще нижча та не досягає навіть 20 % [3]. Чутливість черезстравохідної ехокардіографії (ЧСЕхо-КГ) у виявленні тромбів складає 92–100 %, специфічність 98–100 %, тож вона вважається методом вибору для вивчення анатомії та функції вушок передсердь, дозволяє з достатньо високою точністю виявляти тромби й оцінювати феномен спонтанного ехоконтрастування (СЕК) [2, 12]. Однак на сьогодні шкала ризику ТЕУ при ФП CHA2DS2-VASc не включає ехокардіографічні фактори ризику в діагностичний алгоритм.

На початку нашого дослідження актуальними були рекомендації ЄТК 2010 р. з ведення пацієнтів з ФП, згідно з якими в пацієнтів помірно-

го ризику ТЕУ антитромботичну терапію рекомендовано було проводити ОАК, або аспірином ацетилсаліциловою кислотою. У 2012 р. вийшов перегляд цих рекомендацій, відповідно до якого в цієї категорії пацієнтів рекомендовано проводити профілактику ТЕУ ОАК.

Мета роботи — оцінити можливості шкали CHA2DS2-VASc та черезстравохідної ехокардіографії в ідентифікації пацієнтів «дійсно низького» ризику тромбоемболічних ускладнень та оцінити доцільність призначення антикоагулянтної терапії пацієнтам помірного ризику за цією шкалою.

Матеріали та методи

У дослідження залучено 133 пацієнтів із персистентною неклапанною ФП, які були госпіталізовані в кардіологічне відділення КЗ «ДОКЦКК Дніпропетровської обласної ради» для проведення планової електричної кардіоверсії (ЕКВ). Серед обстежених переважали чоловіки — 95 (71,4 %) хворих. Середній вік пацієнтів ($M \pm m$) — $(60,3 \pm 0,8)$ ($SD = 10,0$) року. Середня тривалість останнього епізоду ФП ($M \pm m$) — $(6,5 \pm 0,6)$ ($SD = 6,7$) місяця. Більшість пацієнтів мали рецидивний і доволі тривалий перебіг ФП: до року — 47 (35,3 %) осіб, до п'яти років — 61 (45,9 %), понад п'ять років — 25 (18,8 %) пацієнтів. Тахісistolічна форма ФП діагностована у 72 (54,1 %) хворих, у решти була нормосistolічна форма ФП. На артеріальну гіпертензію (АГ) страждали 115 (86,5 %) хворих, серед них АГ I ступеня була діагностована у 12 (10,4 %), II ступеня — у 51 (44,4 %) та III ступеня у 52 (45,2 %) пацієнтів. За даними ТТЕхо-КГ, гіпертрофія ЛШ спостерігалась у 96 (83,5 %) пацієнтів з АГ. При залученні в дослідження систолічний артеріальний тиск (АТ) менше 139 мм рт. ст. був у 47 (35,3 %) пацієнтів нашого дослідження, його підвищення в межах I ступеня АГ спостерігалось у 86 осіб, що складає 64,7%. Нормальним діастолічний АТ був у 50 (37,6%) пацієнтів при залученні в дослідження, діастолічний АТ у межах 90–99 мм рт. ст. був у 83 (62,4 %) обстежених. Ішемічну хворобу серця: стабільну стенокардію напруги було діагностовано у 24 (18,0 %) пацієнтів, з них у 22 (91,7 %) II ФК, у решти — III ФК. Інфаркт міокарда в анамнезі перенесли 18 (13,5 %) осіб, з них 6 (33,3 %) пацієнтам було проведено реваскуляризацію. Кардіоміопатія (КМП) діагностована у 4 (3,0 %) обстежених. Звертає на себе увагу велика кількість пацієнтів — 42 (31,6 %) з надлишковою масою тіла та ожирінням — 80 (60,2 %). 41 (30,8 %) пацієнт чоловічої статі відмічав куріння, а 9 (6,8 %) зловживали алко-

голем. Обтяжений сімейний анамнез щодо ФП був у 7 (5,3%) обстежених. Вираженість симптомів аритмії за шкалою EHRA відповідала II ФК у 81 (60,9%) хворого, III ФК — у 34 (39,1 %) осіб. Треба зазначити, що 15 пацієнтів, яких зараховано до II ФК за шкалою EHRA, суб'єктивно не відчували порушень ритму, перебіг епізодів ФП був малосимптомним, єдиним симптомом, пов'язаним з ФП, було незначне посилення задишки та зниження толерантності до фізичних навантажень, початок і кінець епізоду аритмії вони не могли чітко описати, тому за початок епізоду аритмії в таких хворих приймалась середина відповідного тижня. Серцева недостатність (СН) зі збереженою систолічною функцією ЛШ діагностована у 106 (79,7 %), пацієнтів, помірне зменшення фракції викиду (ФВ) ЛШ спостерігалось у 13 (9,8 %) пацієнтів, а систолічна дисфункція ЛШ — у 14 (10,5%). За класифікацією NYHA СН I ФК була у 7 (5,3 %) хворих, II ФК — у 95 (71,4 %) та III ФК — у 31 (23,3 %) пацієнта. В анамнезі відновлення ритму методом ЕКВ один раз відмічали 17 (12,8 %) пацієнтів, два та більше разів — 14 (10,5 %) пацієнтів. Лікування пацієнтів з ФП методом катетерної абляції один раз проводили 7 (5,3 %) пацієнтам, двічі — 1 (0,7 %) пацієнту. Штучний водій ритму (ШВР) був імплантований 6 (4,5 %) пацієнтам. Швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) понад 90 мл/хв/1,73 м³ була лише у 9 (6,8 %) пацієнтів, у переважної більшості пацієнтів — 74 (55,6 %) спостерігалось помірне її зниження в межах 60–90 мл/хв/1,73 м³, у 50 (37,6 %) пацієнтів нашого дослідження спостерігалось зниження ШКФ до 30–59 мл/хв/1,73 м³. Середній рівень загального холестерину дорівнював ($M \pm m$) ($5,14 \pm 0,1$) ммоль/л ($SD = 1,1$).

Серед клінічних чинників ризику ТЕУ у наших пацієнтів були такі: більшість хворих страждали на АГ — 115 (86,5 %) осіб, жінок у дослідження включено 38 (28,6 %). У віці 65–74 роки було 33 (24,8 %) обстежених. Судинна патологія спостерігалась у 32 (24,1 %) пацієнтів, СН — у 27 (20,3 %) обстежених. ТЕУ в анамнезі перенесли 15 (11,3 %) осіб, серед яких в 11 (73,3 %) був інсульт, в 1 (6,7 %) — транзиторна ішемічна атака, а у 3 (20,0 %) — тромбоемболія легеневої артерії. На цукровий діабет (ЦД) страждали 15 (11,3 %) осіб. У віці понад 75 років були 12 (9,0 %) пацієнтів. При стратифікації ризику за шкалою CHA₂DS₂-VASc ризик ≥ 2 балів був у 91 (68,4 %) пацієнта, серед яких більшість отримали 2 бали — 42 (46,2 %) пацієнти, 3 бали нараховано 24 (26,4 %) пацієнтам, 4 бали — 13 (14,3 %), 5 балів — 3 (3,3 %), 6 балів — 6 (6,5 %) та 7 балів — 3 (3,3 %) пацієнтам.

Помірний ризик ТЕУ був у 32 пацієнтів, що складає 24,1 %. Без факторів ризику ТЕУ за шкалою CHA₂DS₂-VASc було 10 (7,5 %) осіб. За шкалою геморагічних ускладнень HAS-BLED 0 балів було у 63 (47,4 %) пацієнтів, 1 бал — у 52 (39,1 %) обстежених, 2 бали — у 18 (13,5 %) осіб.

Під час проведення ТТЕхо-КГ з верхівкового доступу в чотирьохкамерній позиції вимірювали площу та об'єм ЛП/правого передсердя (ПП) у кінці систоли та діастоли ЛШ, кінцевосистолічний (КСО) та кінцеводіастолічний (КДО) об'єм ЛШ. Визначали фракцію викиду ЛШ та передсердь за Teichholz та кондуктний об'єм (КО) ЛП. З лівого парастернального доступу у V- і M-режимах вимірювали кінцеводіастолічний розмір (КДР) правого шлуночка (ПШ), КДР та кінцевосистолічний розмір (КСР) ЛШ, товщину міжшлуночкової перетинки (ТМШП) та задньої стінки (ТЗС) ЛШ у діастолу.

Усім пацієнтам проводили ЧСЕхо-КГ через 3 тиж терапії ОАК з утриманням МНО у межах 2,0–3,0. Було проведено поліпозиційне двомірне сканування вушка ЛП та вушка ПП з реєстрацією у двох взаємно перпендикулярних перетинах: поперечному та поздовжньому. Оцінювали наявність СЕК, тромбів у порожнинах та вушках передсердь. Тромбом вважали помірне або гіперехогенне утворення різної щільності, форми, розмірів, рухливості, що визначалось у порожнині вушка ЛП / вушка ПП більш ніж в одному зрізі протягом усього серцевого циклу.

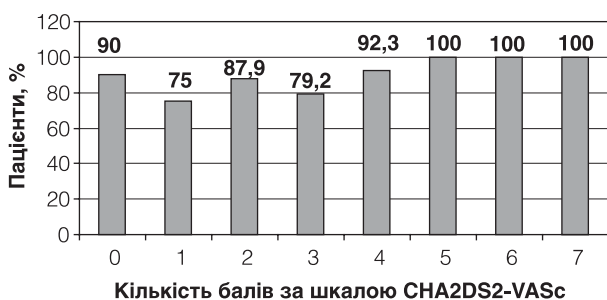
Статистичну обробку даних дослідження здійснювали за допомогою пакета програм Statistica v.6.1[®]. Основні характеристики представлені у вигляді кількості спостережень (n), середньої арифметичної величини (M), стандартного відхилення (s), стандартної помилки середньої (m). Достовірність відмінностей середніх величин оцінювали за однофакторним дисперсійним аналізом ANOVA з попарним порівнянням за критерієм Дункана (Duncan test), відносних величин — за критерієм Хі-квадрат Пірсона (χ^2). Характер і щільність взаємозв'язку між різними показниками визначали за допомогою коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона і рангової кореляції Спірмена (r). Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

Серед 133 пацієнтів з персистентною неклапанною ФП, яких було залучено в дослідження, високий ризик ТЕУ за шкалою CHA₂DS₂-VASc був у 91 (68,4 %) пацієнта. Тромбоз вушок передсердь виявлено у 80 (87,9 %) пацієнтів, з них у 42 (46,2 %) тромби були організованими. Ізольований тромбоз вушка ЛП спостерігався у

Таблиця. Частота тромбозу вушок передсердь у пацієнтів різного ризику ТЕУ

Показник	CHA2DS2-VASc		
	0 (n = 10)	1 (n = 32)	≥ 2 (n = 91)
Тромбів немає	1 (10,0 %)	8 (25,0 %)	11 (12,1 %)
Тромби є, зокрема:	9 (90,0 %)	24 (75,0 %)	80 (87,9 %)
вушка ЛП	5 (50,0 %)	5 (15,6 %)	30 (33,0 %)
вушка ПП	2 (20,0 %)	1 (3,1 %)	7 (7,7 %)
вушок ЛП + ПП	2 (20,0 %)	18 (56,3 %)	43 (47,2 %)
організовані	6 (60,0 %)	10 (31,3 %)	42 (46,2 %)
неорганізовані	3 (30,0 %)	14 (43,8 %)	38 (41,8 %)

**Рисунок.** Залежність частоти тромбозу вушок передсердь від ступеня ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc

30 (33,0 %) пацієнтів, тромби у вушці ПП виявили у 7 (7,7 %) обстежених. Високий ризик ТЕУ, пов'язаний з формуванням тромбів у вушках обох передсердь, спостерігався у 43 пацієнтів, що складає 47,2 %. Без тромбів було 11 (12,1 %) хворих (таблиця).

Один чинник ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc визначено у 32 пацієнтів нашого дослідження, серед яких тромбоз вушок передсердь діагностовано у 24 (75,0 %) осіб. Організація тромбів спостерігалась у 10 (31,3 %) пацієнтів помірного ризику ТЕУ. Більшість пацієнтів — 18 (56,3 %) була з тромбозом вушок обох передсердь. З тромбами лише у вушці ЛП було 5 (15,6 %) пацієнтів, в одного хворого тромб локалізувався у вушці ПП. Тромби не виявили у 8 (25,0 %) пацієнтів цієї категорії ризику. Таким чином, за даними ЧСЕхо-КГ, у переважної більшості пацієнтів помірного ризику ТЕУ виявлено тромби у вушках передсердь, а отже, антитромботична профілактика в цієї групи пацієнтів має справді проводитись ОАК.

Жодного фактора ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc не виявлено у 10 (7,5 %) пацієнтів нашого дослідження. Однак, незважаючи на низький ризик ТЕУ за цією шкалою, тромбоз вушок передсердь виявлено в переважної більшості пацієнтів — 9 (90,0 %), із них у 6 (60,0 %) випадках тромби були організованими. Лише в

одного пацієнта в нашому дослідженні був дійсно низький ризик ТЕУ. У вушках обох передсердь тромби сформувались у 2 (20,0 %) пацієнтів. Тромбоз вушка ЛП спостерігався у 5 (50,0 %), а вушка ПП — у 2 (20,0 %) обстежених.

Кількість пацієнтів з тромбозом вушок передсердь залежно від ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc представлена на рисунку. Згідно з отриманими даними, на тлі зростання ризику ТЕУ збільшується частота виявлення тромбозу вушок передсердь, а серед пацієнтів з ризиком ТЕУ понад 5 балів тромби були виявлені в кожному випадку.

Також спостерігається тенденція у зростанні можливості формування тромбів у вушках обох передсердь одночасно при збільшенні ризику ТЕУ, що може бути свідченням впливу взаємозв'язку тягаря факторів ризику та впливу супутньої патології на формування тромбів при ФП, але розглядати цей факт як ехокардіографічний критерій високого ступеня ризику тромбоемболізму порівняно з ізольованим тромбозом можна після проведення досліджень з оцінки їх асоціації з ТЕУ.

У нашому дослідженні були пацієнти високого ризику ТЕУ за шкалою CHA2DS2-VASc та з відсутністю тромбозу вушок передсердь, що може вказувати на низький ризик ТЕУ за ехокардіографічними даними, при якому після виключення предикторів формування тромбозу на тлі неклапанної ФП ризик геморагічних ускладнень може переважити над користю антикоагулянтної профілактики тромбоемболізму та вказувати на необхідність перенесення акценту на виявлення та модифікацію чинників ризику, пов'язаних з іншими причинами ішемічного інсульту при ФП, що забезпечить індивідуальний підхід до кожного пацієнта. Однак такий підхід має бути перевірений з позицій доказової медицини в дослідженнях на різних популяціях пацієнтів та в різних клінічних ситуаціях із чітким визначенням предикторів тромбозу. Сьогодні існує велика доказова база щодо зниження інсульту на 64 % внаслідок використання варфа-

рину при ФП, а це велика кількість пацієнтів, що потребує обов'язкового призначення ОАК для профілактики ТЕУ.

Водночас привертають увагу пацієнти низького ризику ТЕУ за шкалою CHA₂DS₂-VASc (n = 10), яким згідно з чинними рекомендаціями тривала антикоагулянтна терапія не показана, але при цьому переважна більшість пацієнтів цієї групи були з тромбозом вушок передсердь (n = 9; 90,0 %). У переважній більшості пацієнтів цієї групи тромби були організованими, рідше спостерігався тромбоз вушок обох передсердь на відміну від пацієнтів з наявністю факторів ризику ТЕУ (n = 123), серед яких дещо більше було пацієнтів з неорганізованими тромбами (42,2 проти 30,0 %; p > 0,40) та тромбозом вушок обох передсердь одночасно (49,6 проти 20,0 %; p < 0,07), що може свідчити про дещо нижчий ризик за ехокардіографічними даними. Проте ідентифікація тромбу в порожнині серця в пацієнта з неклапанною ФП незалежно від його

характеристик асоціюється з ризиком ТЕУ, і такий пацієнт уже не може бути зарахованим до групи «дійсно низького» ризику. Найбільш раціональним, на наш погляд, є використання шкали CHA₂DS₂-VASc та ЧСЕхо-КГ у виявленні пацієнтів «дійсно низького» ризику ТЕУ при ФП.

Висновки

1. Шкала CHA₂DS₂-VASc не дає змоги реально оцінити ризик тромбоемболічних ускладнень при фібриляції передсердь.

2. У пацієнтів з фібриляцією передсердь без чинників ризику тромбоемболічних ускладнень за шкалою CHA₂DS₂-VASc слід розглянути доцільність проведення черезстравохідної ехокардіографії для ідентифікації «дійсно низького» ризику тромбоемболізму.

3. Пацієнтам помірного ризику тромбоемболічних ускладнень за шкалою CHA₂DS₂-VASc рекомендоване призначення терапії оральними антикоагулянтами.

Список літератури

1. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation // Eur. Heart. J.— 2012.— Vol. 33 (21).— P. 2719—2747.
2. Атьков О.Ю., Атауллаханова Д.М., Быкова Е.С. Возможности чреспищеводной эхокардиографии в диагностике тромбоза ушка левого предсердия при мерцательной аритмии // Кардиология.— 1999.— № 12.— С. 58—62.
3. Aschenberg W., Schluter M., Kremer P. Transesophageal two-dimension echocardiography for the detection of left atrial appendage thrombus // J. Am. Coll. Cardiol.— 1986.— Vol. 7.— P. 63—166.
4. De Pace N.L., Soulen R.L., Kotler M.N. et al. Two dimension echocardiographic detection of intraatrial masses // Am. J. Cardiol.— 1981.— Vol. 48.— P. 954—960.
5. Echocardiographic predictors of stroke in patients with atrial fibrillation: a prospective study of 1066 patients from 3 clinical trials // Arch. Intern. Med.— 1998.— Vol. 158.— P. 1316—1320.
6. Fukuda S., Watanabe H., Shimada K. et al. Left atrial thrombus and prognosis after anticoagulation therapy in patients with atrial fibrillation // J. Cardiol.— 2011.— Vol. 58 (3).— P. 266—277.
7. Guidelines for the management of atrial fibrillation: The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) // Europace.— 2010.— Vol. 12.— P. 1360—1420.
8. Leung D.Y., Davidson P.M., Granney G.B. Thromboembolic risks of left atrial thrombus detected by transesophageal echocardiogram // Am. J. Cardiol.— 1997.— Vol. 79.— P. 626—629.
9. Schweizer P., Bardos P., Erbel R. Detection of left atrial thrombi by echocardiography / Detection of left atrial thrombi by echocardiography // Br. Heart. J.— 1981.— Vol. 45.— P. 148—156.
10. Shrestha C.P., Riley M.F., Narciso F.V. Two-dimension echocardiographic diagnosis of left vatrial thrombus in rheumatic heart disease // Circulation.— 1983.— Vol. 67.— P. 341—347.
11. The Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. Predictors of thromboembolism in atrial fibrillation // Arch. Intern. Med.— 1996.— Vol. 156.— P. 409—416.
12. Woods T.D. Transesophageal echocardiography and stroke // Curr. Atheroscler Rep.— 2005.— Vol. 7 (4).— P. 255—262.

О.С. Калашникова

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Возможности чреспищеводной эхокардиографии в идентификации пациентов с фибрилляцией предсердий «действительно низкого» риска тромбоемболіческих осложнений

Чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭхо-КГ) является высокоспецифичным и высокочувствительным методом выявления тромбов в ушках предсердий. Однако шкала стратификации риска тромбоемболіческих осложнений (ТЭО) при фибрилляции предсердий (ФП) CHA₂DS₂-VASc не включает эхокардиографические факторы риска в диагностический алгоритм.

Цель работы — оценить возможности шкалы CHA₂DS₂-VASc и ЧПЭхо-КГ в идентификации пациентов действительно «низкого риска» ТЭО и целесообразность назначения оральной антикоагулянтной терапии (ОАК) пациентам умеренного риска согласно этой шкале.

Материалы и методы. В исследование были включены 133 пациента с персистирующей неклапанной ФП, которым была проведена ЧПЭхо-КГ перед плановым восстановлением ритма методом электрической кардиоверсии.

Результаты и обсуждение. При стратификации риска ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc риск ≥ 2 баллов был у 9 (68,4 %) пациентов, умеренный риск был у 32 (24,1 %) пациентов, без факторов риска ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc было 10 (7,5 %) больных. В группе пациентов высокого риска ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc тромбоз ушка левого предсердия (ЛП) / ушка правого предсердия (ПП) / ушек обоих предсердий выявили у

33,0 / 7,7 / 47,2 % пацієнтів, в групі умереного ризику — у 15,6 / 3,1 / 56,3 % пацієнтів відповідно. Незважаючи на низький ризик ТЭО по шкалі CHA2DS2-VASc, тромбоз ушка ЛП / ушка ПП / ушек обоих предсердий был у 50,0 / 20,0 / 20,0 % пацієнтів відповідно.

Выводы. У пацієнтів без факторів ризику ТЭО по шкалі CHA2DS2-VASc следует рассмотреть целесообразность проведения ЧПЭхо-КГ для идентификации «действительно низкого» ризику тромбоемболізма. Пацієнтам умереного ризику ТЭО по шкалі CHA2DS2-VASc рекомендована терапія ОАК.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, тромбоемболические осложнения, шкала CHA2DS2-VASc, чреспищеводная эхокардиография.

O.S. Kalashnykova

SE «Dnipropetrovsk State Medical Academy of MoH of Ukraine »

The possibilities of the transoesophageal echocardiography in identification of patients with atrial fibrillation with «truly low-risk» of thromboembolic complications

It is well known that transoesophageal echocardiography (TOE) is both sensitive and specific method for identification of atrial appendages thrombi. However, stroke risk stratification scheme CHA2DS2-VASc does not include this method in the diagnostic algorithm.

Objectives. To assess the feasibility of both CHA2DS2-VASc score and TOE in identification of AF patients with «truly low-risk» of thromboembolic complications (TEC) and the necessity of oral anticoagulant therapy (OAC) in patients with CHA2DS2-VASc score of 1.

Materials and methods. The investigation involved 133 patients with persistent non-valvular AF, who underwent TOE before elective cardioversion.

Results and discussion. The stratification of TEC risk with CHA2DS2-VASc scale resulted in the following: 9 patients (68.4 %) were stratified in the high-risk group as of ≥ 2 ; 32 subject had a moderate risk (24.1%); no risk factors had 10 patients (7.5 %). Left atrial appendage (LAA) / right atrial appendage (RAA) / both left and right atrial appendages (LRAA) thrombi were discovered in CHA2DS2-VASc score ≥ 2 in 33.0 % / 7.7 % / 47.2 % of the patients, in CHA2DS2-VASc score of 1 in 15.6 % / 3.1 % / 56.3 % of the patients. Despite of CHA2DS2-VASc score of 0 thrombi in LAA / RAA / LRAA were present in 50.0 % / 20.0 % / 20.0 % of the patients.

Conclusions. In patients with CHA2DS2-VASc score of 0 TOE should be considered for more accurate thromboembolism risk assessment and identification of «truly-low risk» patients. In patients with CHA2DS2-VASc score of 1 OAC therapy is recommended.

Key words: atrial fibrillation, thromboembolism, CHA2DS2-VASc score, transoesophageal echocardiography.