

РИСК ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И АНТИТРОМБОТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПОСТОЯННОЙ И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.В. Грайфер^{1*}, Л.Е. Кувшинова², П.В. Долотовская², О.В. Решетько¹, Н.В. Фурман²

¹ Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского.

410012, Саратов, ул. Б. Казачья, 112

² Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии.

410028, Саратов, ул. Чернышевского, 141

Риск тромбоемболических осложнений и антитромботическая терапия у госпитализированных больных постоянной и рецидивирующей фибрилляцией предсердий в реальной клинической практике

И.В. Грайфер^{1*}, Л.Е. Кувшинова², П.В. Долотовская², О.В. Решетько¹, Н.В. Фурман²

¹ Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского. 410012, Саратов, ул. Б. Казачья, 112

² Саратовский научно-исследовательский институт кардиологии. 410028, Саратов, ул. Чернышевского, 141

Цель. Оценить соответствие проводимой антитромботической терапии (АТТ) при различных формах фибрилляции предсердий (ФП) уровню риска тромбоемболических осложнений (ТЭО), рассчитанного по двум шкалам (CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc), в реальной клинической практике.

Материал и методы. Проведено ретроспективное сплошное исследование 308 историй болезней пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения двух многопрофильных стационаров на протяжении года по поводу неклапанной ФП. Оценивали риск тромбоемболических осложнений с использованием шкал CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc и анализировали проводимую АТТ.

Результаты. В изучаемой популяции преобладали больные с высоким риском ТЭО: 77,6% при расчете по CHADS₂ и 91,9% при расчете по CHA₂DS₂-VASc. Умеренный риск ТЭО был определен по шкале CHADS₂ у 17,6% больных, по шкале CHA₂DS₂-VASc у 6,1%. Только 32,2% больных с высоким риском по шкале CHADS₂ и 28,6% больных с высоким риском по шкале CHA₂DS₂-VASc в стационаре получали варфарин. В данной выборке также все больные в группе постоянной формы ФП имели высокий риск ТЭО по обоим шкалам. В группе пароксизмальной/персистирующей ФП высокий риск ТЭО выявлен при использовании шкалы CHA₂DS₂-VASc у 87%, средний риск — у 9,9%, низкий — у 3,1% больных, а при использовании шкалы CHADS₂ — у 64,25%, 28,5% и 7,5% больных, соответственно. Различия по частоте высокого риска среди больных постоянной ФП были статистически незначимы.

В группе высокого риска, рассчитанного по шкале CHA₂DS₂-VASc, противопоказания для приема непрямых антикоагулянтов несколько чаще встречались у больных постоянной ФП [отношение шансов (ОШ) 3,1; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,88–10,7; p>0,05]. Однако, несмотря на это, а также на одинаковый риск ТЭО, у больных с постоянной ФП вероятность назначения варфарина была выше, чем у больных пароксизмальной или персистирующей ФП (ОШ 1,98; 95% ДИ 1,18–3,31), а вероятность назначения ацетилсалициловой кислоты была несколько меньше (ОШ 0,82; 95% ДИ 0,51–1,32; p>0,05).

Заключение. В реальной клинической практике у больных высокого риска недостаточно часто назначаются пероральные антикоагулянты. Использование шкалы CHA₂DS₂-VASc, по сравнению со шкалой CHADS₂, приводит к достоверному увеличению доли лиц с высоким риском ТЭО за счёт уменьшения доли лиц с умеренным риском среди больных постоянной или персистирующей ФП. Использование шкалы CHADS₂ может приводить к занижению риска ТЭО у больных постоянной или персистирующей ФП.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, стратификация риска, тромбоемболические осложнения, антитромботическая терапия

РФК 2012;8(5):675–680

Risk of thromboembolic complications and antithrombotic therapy in in-patients with permanent and recurrent atrial fibrillation in real clinical practice

I.V. Graifer^{1*}, L.E. Kuvshinova², P.V. Dolotovskaya², O.V. Reshet'ko¹, N.V. Furman²

¹ Saratov State Medical University named after V.I. Razumovsky, Bolshaya Kazachia ul. 112, Saratov, 410012 Russia

² Saratov Research Institute for Cardiology, Chernyshevskogo ul. 141, Saratov, 410028 Russia

Aim. To evaluate compliance of ongoing antithrombotic therapy (ATT) in various forms of atrial fibrillation (AF) with the risk level of thromboembolic complications (TEC), calculated with the CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scales in real clinical practice.

Material and methods. A retrospective study of hospital records of 308 in-patients admitted to the cardiology departments of two multidisciplinary hospitals during the year because of non-valvular AF. Risk of thromboembolic complications was estimated with the CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scales and appointed ATT was analyzed.

Results. Patients with high risk of TEC were predominated in the study population: 77.6% and 91.9% according to CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scales, respectively. Moderate risk was found in 17.6% and 6.1% of patients according to CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scales, respectively. Only 32.2% and 28.6% of patients at high risk according to CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc scales, respectively received warfarin in hospital. All patients with permanent AF in this sample had a high risk of TEC according to the both scales. In the group of paroxysmal/persistent AF the high, moderate and low risk of TEC was identified in 87%, 9.9%, and 3.1% of patients, respectively, according to CHA₂DS₂-VASc scale and in 64.25%, 28.5% and 7.5% of patients, respectively, according to CHADS₂ scale. Difference in high-risk patient rate was not significant among patients with permanent AF.

In high risk group contraindications for receiving indirect anticoagulants were more frequent in the group with permanent AF (OR 3.1; 95% CI 0.88–10.7; p>0.05). The probability of warfarin prescription in patients with permanent AF was higher than in patients with paroxysmal or persistent AF (OR 1.98, 95% CI 1.18–3.31), and probability of aspirin prescription was lower (OR 0.82; 95% CI 0.51–1.32; p>0.05).

Conclusion. In real clinical practice oral anticoagulants are prescribed insufficiently in patients at high risk. Usage of CHA₂DS₂-VASc scale compared with usage of CHADS₂ scale, leads to significant increase in the proportion of patients at high risk due to reduction in the proportion of patients with moderate risk in persistent or permanent AF. Usage of CHADS₂ scale can lead to an underestimation of the TEC risk in patients with persistent or permanent AF.

Key words: atrial fibrillation, risk stratification, thromboembolic complications, antithrombotic therapy

Rational Pharmacother. Card. 2012;8(5):675–680

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): graifer_irina@mail.ru

Сведения об авторах:

Грайфер Ирина Вячеславовна — аспирант Саратовского НИИ кардиологии

Кувшинова Лидия Евгеньевна — ординатор того же института

Долотовская Полина Владимировна — к.м.н., м.н.с. лаборатории неотложной кардиологии того же института

Решетько Ольга Вилоровна — д.м.н., профессор кафедры фармакологии и клинической фармакологии СГМУ им. В.И. Разумовского

Фурман Николай Викторович — к.м.н., заведующий лабораторией неотложной кардиологии Саратовского НИИ кардиологии

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенная сердечная аритмия. Распространенность ФП в популяции составляет 0,4–2%, и продолжает расти в последние годы, при этом увеличиваясь также и с возрастом пациентов [1–6]. ФП ассоциирована с увеличением риска смерти от всех причин, развитием сердечной недостаточности, тромбоэмболическими событиями, включая инсульт [7–9], который на фоне ФП протекает тяжелее и чаще приводит к смерти [10–14]. ФП увеличивает риск ишемического инсульта в 5 раз среди всех возрастных групп по сравнению с общей популяцией [8, 15–17]. Именно поэтому антитромботическая терапия (АТТ) является одним из основных направлений в лечении ФП, согласно современным российским и зарубежным рекомендациям [1–3].

Определение стратегии АТТ (выбор между применением оральных антикоагулянтов или ацетилсалициловой кислоты) основывается на оценке индивидуального риска развития тромбоэмболических осложнений (ТЭО), для чего был разработан ряд шкал риска [9]. Наиболее простой и удобной в реальной клинической практике оказалась балльная шкала CHADS₂, разделяющая больных ФП на группы высокого, среднего и низкого риска развития ТЭО [1–3, 9, 17–19]. Однако шкала CHADS₂ не учитывает многие существенные факторы риска инсульта и классифицирует большую часть больных ФП в весьма гетерогенную группу среднего риска (CHADS₂ = 1). Для этой группы долгое время не существовало четких рекомендаций по АТТ, и выбор препарата часто являлся эмпирическим и ложился на плечи лечащего врача, представляя собой актуальную проблему кардиологии. Для данной группы пациентов по результатам различных исследований применение оральных антикоагулянтов (ОАК) имело преимущество перед аспирином по влиянию на частоту неблагоприятных сердечно-сосудистых событий [1–3, 8, 9, 13, 15, 19]. С другой стороны, среди пациентов, риск ТЭО у которых по данной шкале был оценен как низкий, была отмечена значительная частота тромбоэмболических событий, что демонстрировало недостаточную прогностическую значимость индекса CHADS₂. Все это послужило основанием для поиска моделей с более высокой прогностической точностью. Результатом этого поиска стала модификация шкалы CHADS₂ – индекс CHA₂DS₂–VASc [1–3, 8, 18, 20].

Шкала CHA₂DS₂–VASc имеет большую прогностическую точность по сравнению со шкалой CHADS₂. Среди больных, имеющих сумму баллов по CHADS₂ ≤ 1, уровень риска по шкале CHA₂DS₂–VASc существенно повышался, что значительно расширило показания для применения оральных антикоагулянтов [18–24]. Эти данные легли в основу рекомендаций проводить оценку риска ТЭО с использованием шкалы CHA₂DS₂–VASc при индексе CHADS₂ ≤ 1 [1–3].

Важно отметить, что оценка индивидуального риска ТЭО ни в одной из шкал не включает форму ФП, так как риск развития инсульта и системных эмболий не различается при постоянной, персистирующей или пароксизмальной формах ФП, либо при «субклинической» (бессимптомной) ФП [25–28].

Целью настоящего исследования являлась оценка соответствия проводимой АТТ при различных формах ФП уровню риска ТЭО, рассчитанного по двум шкалам (CHA₂DS₂ и CHA₂DS₂–VASc), в реальной клинической практике.

Материалы и методы

В ретроспективном сплошном исследовании проведен анализ 308 историй болезни пациентов, последовательно поступавших в отделения неотложной кардиологии двух многопрофильных стационаров города Саратов в течение одного календарного года (с 01.01.2008 г. по 31.12.2009 г.) по поводу неклапанной ФП, зафиксированной на ЭКГ, соответствующих критериями включения/исключения.

Критерий включения: случаи ФП, явившиеся причиной госпитализации.

Критерии исключения:

- случаи ФП, не зафиксированные на ЭКГ;
- случаи ФП, не явившиеся причиной обращения за медицинской помощью, возникшие на фоне острых причин (инфаркт миокарда, миокардит, тромбоэмболия легочной артерии).

В разработанной индивидуальной регистрационной карте отмечались демографические данные пациентов, основной диагноз и его осложнения, сопутствующие заболевания, форма ФП (пароксизмальная, персистирующая, постоянная), тактика антитромботической терапии.

Оценивался риск тромбоэмболических осложнений с использованием шкал CHADS₂ и CHA₂DS₂–VASc. Согласно стратификации риска, анализировалась проводимая АТТ у больных с постоянной, пароксизмальной и персистирующей формами ФП. Определялось соответствие проводимой АТТ уровню тромбоэмболического риска.

Статистический анализ. Для количественных признаков рассчитаны среднеарифметическое значение ± стандартное отклонение ($M \pm SD$). Результаты анализа качественных дискретных признаков представлены в абсолютных (n – объем анализируемой подгруппы) и относительных (частота признака в %) величинах. Для сопоставления групп по количественным признакам использовался критерий Манна-Уитни, по качественным признакам – точный критерий Фишера. Для изучения взаимосвязи качественных признаков в группах использовались таблицы сопряженности 2×2, определены отношения шансов (ОШ) и 95% доверитель-

ный интервал (ДИ). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$ [29, 30].

Результаты

Больные были разделены на 2 группы в зависимости от формы ФП. В одну группу вошли 115 (37,3%) больных, имеющих постоянную форму ФП, в другую группу – 193 (62,7%) пациента с пароксизмальной или персистирующей ФП (табл. 1). Обращает на себя вни-

Таблица 1. Клинико-демографические характеристики больных фибрилляцией предсердий

Показатель	Постоянная ФП	Пароксизмальная / персистирующая ФП
Мужчины, n (%)	65 (56,5)	114 (59,1)
Средний возраст мужчин, лет	60,4±8,9	59,9±12,2
Женщины	50 (43,5)	79 (40,9)
Средний возраст женщин, лет	67,9±9,5	67,9±10,3
Средний возраст начала аритмии, лет	59,5±11,4	59,8±12,3
Длительность аритмического анамнеза, лет	4,8±3,1	3,8±2,6
ТЭО в анамнезе ¹ , n (%)	12 (10,4)	18 (9,3)
Этиология ФП		
ИБС ² , n (%)	98 (85,2)	149 (77,2)
ИБС + АГ, n (%)	98 (85,2)*	126 (65,3)
ХСН, n (%)	115 (100)*	108 (60,0)
Изолированная АГ, n (%)	4 (3,4)*	40 (20,7)
Заболевания легких ³ , n (%)	19 (16,5)	38 (19,7)
Заболевания щитовидной железы ⁴ , n (%)	0 (0)	6 (3,1)
Идиопатическая форма ФП, n (%)	0 (0)	4 (2,1)
Дилатационная кардиомиопатия, n (%)	13 (11,3)*	0 (0)
Факторы риска		
Ожирение, n (%)	56 (48,7)	67 (34,7)
Возраст > 75 лет, n (%)	19 (16,5)	36 (18,6)
Курение, n (%)	16 (13,9)	35 (18,1)
Сахарный диабет, n (%)	28 (24,3)*	18 (9,3)
ЛП > 4,5 см, n (%)	114 (99,1)*	48 (24,9)
Неревматические клапанные пороки ⁵ , n (%)	27 (23,5)*	34 (17,6)
ФВ ЛЖ < 35%, n (%)	28 (24,4)*	3 (1,6)

¹транзиторная ишемическая атака, инсульт в анамнезе; ²стенокардия напряжения, перенесенный инфаркт миокарда; ³хронический бронхит, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма; ⁴аутоиммунный тиреозит, диффузный токсический зоб; ⁵аортальная недостаточность, митральная недостаточность, аортальный стеноз. ТЭО – тромбоэмболические осложнения, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, АГ – артериальная гипертония, ЛП – левое предсердие, ФВ ЛЖ – фракция выброса левого желудочка. * $p < 0,05$ по сравнению с аналогичным показателем противоположной группы

мание большая частота сочетания ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертонии (АГ), случаев симптомной хронической сердечной недостаточности (ХСН), дилатационной кардиомиопатии в качестве причины развития ФП. Также отмечается большая частота случаев снижения фракции выброса левого желудочка, неревматических пороков сердца и наличия сахарного диабета у больных постоянной ФП, по сравнению с больными рецидивирующей/возвратной ФП, что должно было ассоциироваться и с большим риском ТЭО у этих больных.

На следующем этапе у всех больных был рассчитан уровень риска ТЭО согласно рекомендациям [1–3]. При использовании шкал CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc распределение пациентов по риску ТЭО (низкий = 0 баллов, средний = 1 балл, высокий ≥ 2 балла) выглядело следующим образом (рис. 1).

Все больные с постоянной формой ФП имели высокий риск ТЭО как по шкале CHADS₂ так и CHA₂DS₂-VASc. Высокая вероятность ТЭО, оцененная по совокупности факторов риска с использованием шкалы CHA₂DS₂-VASc, примерно одинаково часто встречалась в группах постоянной и пароксизмальной или персистирующей ФП (100% и 87%, соответственно, $p > 0,05$). Таким образом, вне зависимости от шкалы, на основе которой проводилась стратификация риска, в изучаемой популяции преобладали больные с высоким риском ТЭО.

Использование шкалы CHA₂DS₂-VASc выявило высокий риск ТЭО у большего количества больных, расширив показания для АП с использованием ОАК. Тем не менее, только 77 (32,2%) больных, у которых имелись показания к назначению ОАК в соответствии с высоким риском по шкале CHADS₂ (табл. 2) и 81 (28,6%) больных, имевших высокий риск по шкале CHA₂DS₂-VASc (табл. 3) [1–3], в стационаре получали варфарин.

Таблица 2. Проводимая терапия у больных с разным риском ТЭО по шкале CHADS₂ (n=308)

Проводимая терапия	Все пациенты	ПФП	РФП
0 баллов			
АСК, n (%)	14 (100)	0	14 (100)
1 балл			
АСК, n (%)	51 (92,7)	0	51 (92,7)
Варфарин, n (%)	4 (7,3)	0	4 (7,3)
≥2 балла			
Варфарин, n (%)	77 (32,2)	40 (34,7)	37 (29,8)*
АСК, n (%)	151 (63,2)	68 (59,1)	83 (66,9)*
Противопоказания к ОАК, n (%)	11 (4,6)	7 (6,1)	4 (3,2)

РФП – рецидивирующая (возвратная) ФП; ПФП – постоянная ФП.
* $p < 0,05$ – по сравнению с группой ПФП

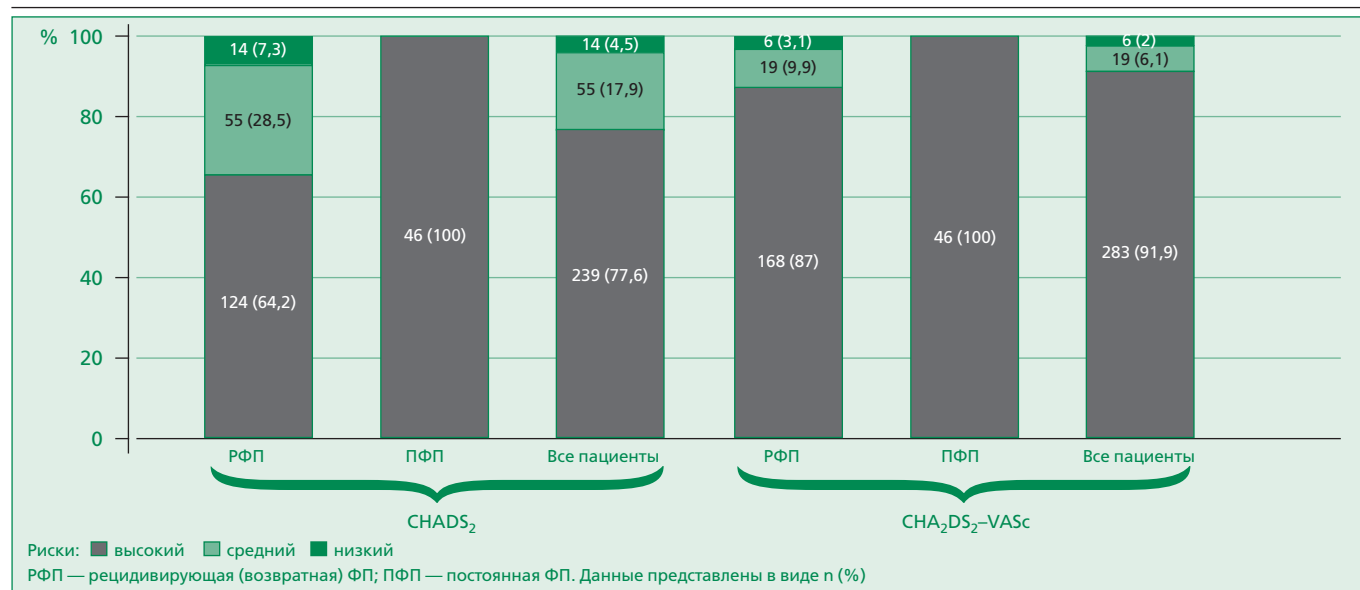


Рисунок 1. Распределение больных ФП по категориям риска ТЭО при использовании шкал CHADS₂ и CHA₂DS₂-VASc

В группе высокого риска, рассчитанного как по шкале CHA₂DS₂-VASc, так и по шкале CHADS₂, противопоказания для приёма непрямых антикоагулянтов несколько чаще встречались у больных постоянной ФП [отношение шансов (ОШ) 3,1; 95% доверительный интервал (ДИ) 0,88–10,7; $p>0,05$]. Однако, несмотря на это, а также на одинаковый риск ТЭО, у больных постоянной ФП с высоким риском по CHA₂DS₂-VASc вероятность назначения варфарина была выше, чем у больных пароксизмальной или персистирующей ФП (ОШ 1,98; 95% ДИ 1,18–3,31), а вероятность назначения ацетилсалициловой кислоты была меньше (ОШ 0,82; 95% ДИ 0,51–1,32; $p>0,05$). В группе больных высокого риска ТЭО, рассчитанного по шкале CHADS₂, вероятность назначения как варфарина, так и АСК была значимо выше в случае, если у больного была постоянная форма ФП (соответственно, ОШ 2,25; 95% ДИ 1,33–3,8 и ОШ 1,92; 95% ДИ 1,2–3,06; $p<0,05$) (табл. 3).

Таблица 3. Проводимая терапия у больных с разным риском ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc (n=308)

Проводимая терапия	Все пациенты	ПФП	РФП
0 баллов			
АСК, n (%)	6 (100)	0	6 (100)
1 балл			
АСК, n (%)	19 (100)	0	19 (100)
≥2 балла			
Варфарин, n (%)	81 (28,6)	40 (34,7)	41 (24,4)*
АСК, n (%)	191 (67,5)	68 (59,1)	123 (73,2)
Противопоказания к ОАК, n (%)	11 (3,9)	7 (6,1)	4 (2,4)
РФП — рецидивирующая (возвратная) ФП; ПФП — постоянная ФП.			
* $p<0,05$ — по сравнению с группой ПФП			

Обсуждение

У обследованной популяции пациентов форма ФП не влияла на риск ТЭО: высокий риск ишемического инсульта и системных эмболий одинаково часто существовал как при постоянной, так и при пароксизмальной/персистирующей ФП. При этом не имело значения, по какой из шкал (CHADS₂ или CHA₂DS₂-VASc) осуществлялась стратификация риска, поэтому нам кажется очевидным, что форма ФП не должна влиять на выбор препарата для АТТ, что согласуется с результатами других исследований [26–28] и положениями современных клинических рекомендаций по лечению ФП [1–3].

Несмотря на это, при оценке клинической картины в целом ОАК в реальной клинической практике чаще назначаются больным с постоянной формой ФП, что, вероятно, связано с ложным мнением врачей о более высоком риске инсульта при постоянной ФП, чем при ее приступообразном течении (табл. 1).

Больным, относящимся к группе умеренного риска, для которых выбор препарата для АТТ не строго регламентирован рекомендациями и остаётся на усмотрение лечащего врача, в подавляющем большинстве случаев назначался АСК. Причиной этому, по-видимому, служат трудности, сопряженные с приемом антагонистов витамина К, отсутствием в нашей стране должной организации помощи больным, получающим терапию варфарином (отсутствие специализированных центров, не предусмотренное стандартами оказания медицинской помощи достаточное количество определений МНО при подборе дозы варфарина и контроле терапии, трудноосуществимые визиты ко врачу с целью коррекции дозы препарата).

Только треть пациентов группы высокого риска, у которых имелись очевидные показания к назначению непрямых антикоагулянтов, в стационаре получали вар-

фарин, остальным больным назначалась АСК, что недостаточно для компенсации имеющегося тромбоэмболического риска.

Таким образом, всем пациентам с ФП, имеющим факторы риска тромбоэмболий, при отсутствии противопоказаний была назначена АТТ, однако часто она была не вполне адекватной современным рекомендациям.

Согласно рекомендациям, пациентам группы высокого риска тромбоэмболий (индекс CHADS₂ ≥ 2) показано назначение ОАК, которые имеют доказанные преимущества перед АСК в данной группе [1–3]. При индексе CHADS₂ = 1, когда тактика АТТ четко не определена существующими рекомендациями, от лечащего врача требуется более глубокая оценка риска ИИ с учетом других факторов риска, не входящих в шкалу CHADS₂, а также оценка возможных пользы/риска от применения антикоагулянтов. Использование шкалы CHA₂DS₂–VASc обладает несомненными преимуществами при стратификации тромбоэмболического риска, определяя в группу низкого риска больных с действительно низкой частотой тромбоэмболических событий и существенно сокращая когорту пациентов среднего риска, для которых выбор между АСК и варфарином остается на усмотрение врача и не подчиняется каким-либо унифицированным схемам.

По нашим данным, среди больных, не имеющих по шкале CHADS₂ факторов риска ТЭО, использование усовершенствованной шкалы CHA₂DS₂–VASc позволило выявить значительную долю пациентов высокого риска ТЭО, применение у которых ОАК обладает преимуществами и соизмеримо реальному тромбоэмболическому риску [17–20, 22–24].

Так же, как и по данным зарубежных авторов [19–24, 31], в нашем исследовании использование шкалы CHA₂DS₂–VASc по сравнению с CHADS₂ расширило показания для проведения АТТ с использованием прямых антикоагулянтов и значительно сократило группу умеренного риска ТЭО, с 17,6% при расчете по CHADS₂ до 6,1%.

Заключение

В реальной клинической практике проводимая АТТ не всегда адекватна существующим клиническим рекомендациям и уровню риска ТЭО, что отражается в недостаточно частом назначении ОАК больным высоким риском.

Антикоагулянтная терапия в группе высокого риска ТЭО чаще назначается больным постоянной, чем пароксизмальной или персистирующей формой ФП, что не соответствует современным данным об отсутствии влияния формы ФП на частоту инсульта, об одинаковом риске тромбоэмболий при различных формах ФП, а так же сопоставимому уровню риска ТЭО у этих больных, рассчитанному по шкале CHA₂DS₂–VASc.

Использование шкалы CHA₂DS₂–VASc, по сравнению со шкалой CHADS₂, приводит к достоверному увеличению доли лиц с высоким риском ТЭО за счёт уменьшения доли лиц с умеренным риском среди больных постоянной или персистирующей ФП.

Использование шкалы CHADS₂ может приводить к занижению риска ТЭО у больных постоянной или персистирующей ФП.

Литература

1. National guidelines for the diagnosis and treatment of atrial fibrillation. Rational Pharmacother Card 2011; 4 (suppl): 1–80. Russian (Национальные рекомендации по диагностике и лечению фибрилляции предсердий. РФК 2011; 4 (приложение): 1–80).
2. Camm A.J., Kirchhof P., Lip G.Y. et al. 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;12:1360–1420.
3. Fuster V., Rydén L.E., Cannom D.S. et al. 2011 ACCF/AHA/HRS Focused Updates Incorporated Into the ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2011; 123:e269–e367.
4. Heeringa J., van der Kuip D.A., Hofman A. et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006;27:949–953.
5. Lloyd-Jones D.M., Wang T.J., Leip E.P. et al. Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study. Circulation 2004;110(9):1042–1046.
6. Benjamin E.J., Wolf P.A., D'Agostino R.B. et al. Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham Heart Study. Circulation 1998; 98(10):946–952.
7. Stewart S., Hart C.L., Hole D.J., McMurray J.J. A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. Am J Med 2002;113(5): 359–64.
8. Lip G.Y.H. Stroke in atrial fibrillation: epidemiology and thromboprophylaxis. J Thromb Haemost 2011; 9 (Suppl 1): 344–351.
9. Hughes M., Lip G.Y.H., on behalf of the Guideline Development Group for the NICE national clinical guideline for management of atrial fibrillation in primary and secondary care Stroke and thromboembolism in atrial fibrillation: A systematic review of stroke risk factors, risk stratification schema and cost effectiveness data. J Thromb Haemost 2008; 99: 295–304.
10. Dulli D.A., Stanko H., Levine R.L. Atrial fibrillation is associated with severe acute ischemic stroke. Neuroepidemiology 2003;22:118–123.
11. Lin H.J., Wolf P.A., Kelly-Hayes M. et al. Stroke severity in atrial fibrillation. The Framingham Study. Stroke 1996;27:1760–1764.
12. Nieuwlaar R., Olsson S.B., Lip G.Y. et al. European Heart Survey Investigators. Atrial fibrillation management: a prospective survey in ESC member countries: the Euro Heart Survey on Atrial Fibrillation. Eur Heart J 2005;26:2422–2434.
13. Veronique L.R., Alan S.G., Donald M.L.-J. et al. Heart Disease and Stroke Statistics: 2011 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation 2011;123:e18–e209.
14. Hart R.G., Halperin J.L. Atrial fibrillation and stroke: concepts and controversies. Stroke 2001;32(3): 803–8.
15. Wolf P.A., Abbott R.D., Kannel W.B. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22:983–988.
16. Gage B.F., Waterman A.D., Shannon W. et al. Validation of clinical classification schemes for predicting stroke: results from the National Registry of Atrial Fibrillation. JAMA 2001;285:2864–2870.
17. Lip G.Y., Nieuwlaar R., Pisters R. et al. 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.
18. Lip G.Y.H. Can We Predict Stroke in Atrial Fibrillation? Clin Cardiol 2012;35, S1:21–27.
19. Sandhu R.K., Bakal J.A., Ezekowitz J.A., McAlister F.A. Risk stratification schemes, anticoagulation use and outcomes: the risk-treatment paradox in patients with newly diagnosed non-valvular atrial fibrillation. Heart 2011 97(24):2046–2050.
20. Olesen J.B., Torp-Pedersen C., Hansen M.L., Lip G.Y. The value of the CHA2DS2–VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: A nationwide cohort study. Thromb Haemost 2012;107(6):1172–1179.
21. Mason P.K.T., Lake D.E.T., DiMarco J.P.T. et al. Impact of the CHA2DS2–VASc Score on Anticoagulation Recommendations for Atrial Fibrillation. The American Journal of Medicine 2012;6(125): 603.e1–603.e6.
22. Olesen J.B., Lip G.Y., Hansen M.L. et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. BMJ 2011; 342:d124.
23. Taillandier S., Olesen J.B., Clémenty N. et al. Prognosis in Patients with Atrial Fibrillation and CHA(2)DS(2)–VASc Score = 0 in a Community-Based Cohort Study. J Cardiovasc Electrophysiol 2012; 23(7): 708–13.
24. Friberg L., Hammar N., Rosenqvist M. Stroke in paroxysmal atrial fibrillation: report from the Stockholm Cohort of Atrial Fibrillation. Eur Heart J 2010;31:967–975.
25. Healey J.S., Connolly S.J., Gold M.R. et al. Subclinical Atrial Fibrillation and the Risk of Stroke. N Engl J Med 2012;366:120–129.
26. Hohnloser S.H., Pajitnev D., Pogue, J. et al. Incidence of Stroke in Paroxysmal Versus Sustained Atrial Fibrillation in Patients Taking Oral Anticoagulation or Combined Antiplatelet Therapy: An ACTIVE W Substudy. JACC 2007; 50(22): 2156 – 2161.
27. Hart R.G., Pearce L.A., Rothbart R.M. et al. Stroke with intermittent atrial fibrillation: incidence and predictors during aspirin therapy. Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Investigators. J Am Coll Cardiol 2000;35(1):183–187.
28. Andersen L.V., Vestergaard P., Deichgraber P., et al. Warfarin for the prevention of systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation: a meta-analysis. Heart 2008; 94: 1607–1613.
29. Rebrowa O. Statistical analysis of medical data. Application software package STATISTICA. Moscow: Mediasfera; 2002. Russian (Реврова. О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: Медиасфера; 2002).
30. Lang T.A., Secic M. How To Report Statistics in Medicine. Annotated Guidelines for Authors, Editors, and Reviewers. Moscow: Prakticheskaya meditsina; 2011. Russian (Ланг Т.А., Сесик М. Как описывать статистику в медицине. Аннотированное руководство для авторов, редакторов и рецензентов. М.: Практическая медицина; 2011).
31. Friberg L., Rosenqvist M., Lip G.Y.H. Evaluation of risk stratification schemes for ischemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. Eur Heart J 2012;33:1500–1510.

Поступила: 13.08.2012

Принята в печать: 02.10.2012