

ВЫБОР АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ПОДГОТОВКИ К КАРДИОВЕРСИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ С УЧЕТОМ ТРОМБОЗА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, ВЫЯВЛЯЕМЫХ ПРИ ТРАНСТОРАКАЛЬНОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Корнелюк И.В., Рабцевич В.А., Корнелюк О.М., Полевкова Н.Я.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь*

*УО «Белорусский государственный экономический университет»,
г. Минск, Беларусь*

РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Беларусь

УЗ «10-я городская клиническая больница», г. Минск, Беларусь

Актуальность темы. Выбор антикоагулянтной подготовки к кардиоверсии у пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий с учетом эхокардиографических предикторов тромбоза ушка левого предсердия. В соответствии с рекомендациями Европейского общества кардиологов 2010 [1, с. 435] эти две методики являются альтернативными. Однако выбор одной из них до сих пор не регламентирован.

Противоречивость ситуации заключается в том, что, по данным ряда авторов [1, с.435, 2, с.40], даже на фоне приема варфарина возможно образование тромбов в ушке левого предсердия (УЛП). С другой стороны, чреспищеводная эхокардиография (ЧПЭхоКГ) позволяет выявить тромб УЛП, однако не является рутинным методом обследования, так как требует дополнительного оборудования, повышает стоимость лечения, плохо переносится пациентами. Поэтому выявление при трансторакальной эхокардиографии (ТТЭхоКГ) дополнительных факторов риска тромбоза УЛП у пациентов с персистирующей ФП может уточнить показания к проведению ЧПЭхоКГ и повлиять на выбор тактики антикоагулянтной подготовки с кардиоверсии.

Целью исследования была разработка дифференцированного подхода к антикоагулянтной подготовке пациентов с персистирующей фибрилляцией предсердий, планируемых на кардиоверсию, на основе уточнения клинической значимости дополнительных факторов, влияющих на формирование тромба в ушке левого предсердия, выявляемых при ТТЭхоКГ.

Материал и методы. В исследование включено 67 пациентов ИБС с персистирующей ФП, планируемых на кардиоверсию - из них 16 (23,9 %) женщин. Все пациенты имели риск развития ТЭ по CHA₂DS₂-VASc 0-1. Длительность персистирования ФП (ДПФП) составила 60 [30,0/150,0] дней. ХСН ФК I - у 26 человек (38,8%), ФК II – у 38 (56,7%). У 3 человек (4,5%) признаков ХСН не отмечалось. ХСН III-IV ФК не зафиксирована. Пациентам перед ЭКВ проводилась ТТЭхоКГ и ЧПЭхоКГ. При ТТЭхоКГ анализировались: передне-задний размер ЛП (D1), медиально-латеральный размер ЛП (D2) и верхне-нижний размер ЛП (L), конечно-систолический (КСР) и конечно-диастолический (КДР) размеры ЛЖ и фракция выброса (ФВ) ЛЖ в М-режиме (ФВ ЛЖ М). При ЧПЭхоКГ определялось наличие тромба или феномена спонтанного контрастирования, учитывались: площадь УЛП и пиковая скорость кровотока (ПСК) УЛП.

Результаты исследования. У исследуемых пациентов, по данным ТТЭхоКГ, имело место расширение ЛП (D1 ЛП составил 44,0 [42,0/46,0]). Средние размеры левого желудочка и его ФВ не выходили за пределы нормальных значений (57,0 [55,0/62,0] и 53,5 [47,0/61,0] соответственно).

По результатам ЧПЭхоКГ пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 24 пациента (35,8%), у которых при ЧПЭхоКГ был выявлен тромб в УЛП. Во вторую вошли 43 пациента (64,2%) без тромбов – им впоследствии была выполнена ЭКВ.

Группы были сопоставимы по размерам камер сердца и ряду других показателей (таблица). В то же время, по данным ТТЭхоКГ, в группе с тромбозом ФВ ЛЖ (47,0 [44,0/55,0]%) была достоверно ниже, чем у пациентов без тромба (55,0 [51,0/62,0]%), (P=0,021).

Таблица 1. Сравнительная характеристика групп.

	Группа без тромба	Группа с тромбом	MW*
Показатель	Me [LQ/UQ]	Me [LQ/UQ]	p
Возраст, года	54,0 [48,0/57,0]	54,5 [50,5/57,0]	0,511
Вес, кг	98,0 [82,0/108,0]	98,0 [90,0/100,0]	0,733
Рост, см	175,0 [170,0/180,0]	180,0 [175,0/183,0]	0,161
ИМТ	29,3 [24,9/35,6]	30,8 [29,2/31,9]	0,820
ДПФП, дни	46,0 [30,0/120,0]	120,0 [60,0/180,0]	0,014
ЧСС средняя	85,5 [75,5/95,5]	98,0 [88,0/104,0]	0,04
ЛП D1, мм	44,0 [40,0/46,0]	45,0 [43,5/46,0]	0,095
ЛП D2, мм	44,0 [42,0/46,0]	45,0 [44,0/46,0]	0,164
ЛП L, мм	57,0 [53,0/60,0]	58,0 [56,0/60,0]	0,542
КСР ЛЖ, мм	39,0 [36,0/41,0]	43,0 [38,0/46,0]	0,093
КДР ЛЖ, мм	57,0 [56,0/61,0]	57,0 [53,0/62,0]	0,909
ФВЛЖ М, %	55,0 [51,0/62,0]	47,0 [44,0/55,0]	0,021

* - сравнение независимых выборок по критерию Манна-Уитни

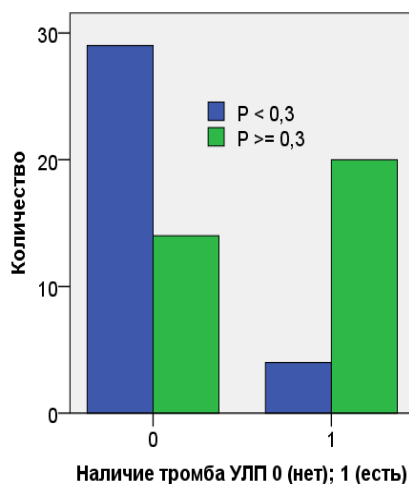
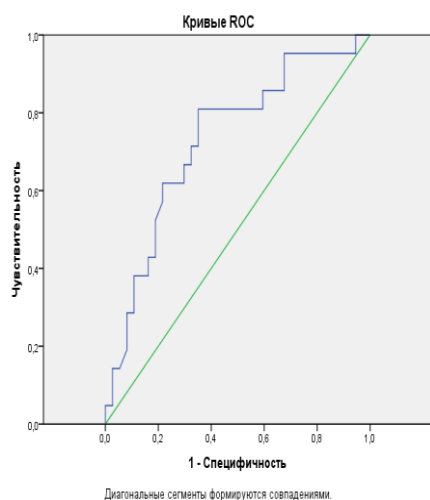
Для уточнения прогностической значимости был выполнен логистический регрессионный анализ по изучаемым эхокардиографическим показателям. Методом пошагового исключения получены статистически значимые коэффициенты регрессии для следующих показателей в уравнении логистической регрессии:

ФВ ЛЖ и

ЛП D1.

$$p = 1 / (1 + e^{-(B_1 \times \text{ФВ ЛЖ М} + B_2 \times \text{ЛП D1})})$$

Проведен анализ ROC кривой по этим двум показателям, (S=0,730, p=0,04) установлено оптимальное значение порога классификации. Установлено, что при p>0,3 определяется повышенный риск тромба ушка ЛП (чувствительность 65%, специфичность 81%).



Посредством ROC-анализа выявлены наиболее подходящие пороговые значения переменных (ОШ=10,4 [3,0; 36,0], LR+=2,6 [1,6; 4,1] LR-=0,25 [0,1; 0,6], чувствительность 83%, специфичность 67%):

для ЛП D1= 42 мм и

для ФВ ЛЖ (М-режим) – 50%

Другими словами, если присутствуют оба фактора риска - ЛП D1>42 мм и ФВ<50% - то вероятность тромба повышена. Если отсутствует хотя бы один из них, то вероятность тромба обычная.

Выводы:

1. У пациентов с персистирующей ФП сочетание снижения ФВ ЛЖ (в М-режиме) < 50% и расширение ЛП > 42 мм повышает риск тромбоза УЛП (чувствительность 83%, специфичность 67%).

2. У пациентов с персистирующей ФП при сочетании расширения ЛП>42 мм и снижении ФВ ЛЖ<50% по ТТЭхоКГ рекомендовано выполнение ЧПЭхоКГ. При исключении тромбоза УЛП показана ускоренная антикоагулянтная подготовка с немедленной кардиоверсией.

Литература

1 - Pozzoli M, Febo O, Torbicki A et al. Left atrial appendage dysfunction: a case of thrombosis? Evidence by transesophageal echocardiography-Doppler studies. // Journal American Society of Echocardiography. – 1991. –Vol.4. – P.435-441

2. Алексеевская И.Н., Персидских Ю.А., Корнелюк И.В., Севрук Т.В., Устинова И.Б. Предикторы тромбоза ушка левого предсердия у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий // Медицинская панорама. – 2008. - № 6. – С. 40-45

