

УДК 616.12 – 008.318-036.22(470.332)

© Л.А. Бокерия, И.В. Самородская, Е.Ю. Безъязычная, 2011

Л.А. Бокерия¹, И.В. Самородская¹, Е.Ю. Безъязычная²**ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ**¹Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, г. Москва,²МУЗ городская больница № 5, г. Рыбинск

Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространённая форма аритмий. По данным проведённых исследований в мире число пациентов с ФП ежегодно увеличивается, что приводит к росту затрат на ведение пациентов с данной патологией и обуславливает необходимость популяционных исследований для оценки клинических особенностей и потребности в медицинской помощи. Цель данного исследования сравнить исходы пациентов, обратившихся на амбулаторный прием к кардиологу, с наличием и без ФП при наблюдении в течение 1 года. В проспективное исследование методом сплошного отбора включён 441 пациент с БСК (болезни системы кровообращения), из них 180(40,8%) – с ФП. Пароксизмальная форма ФП зарегистрирована у 76(17,2%) пациентов, постоянная форма выявлена у 104(23,6%) пациентов. Средний возраст пациентов без ФП составил $58,4 \pm 13,5$ года (мин. 18, макс. 86). Средний возраст пациентов с пароксизмальной формой ФП $65,4 \pm 10,9$ года (мин. 35, макс. 87), с постоянной формой $71,81 \pm 8,5$ года (мин. 50, макс. 86). ФП является достоверно значимым фактором неблагоприятных исходов: летальности, развития ИМ (инфаркт миокарда), ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения), увеличения числа госпитализаций. Сумма всех неблагоприятных исходов достоверно чаще регистрировалась в группе пациентов с ФП по сравнению с пациентами без ФП (26,7% против 12,6%). В группе пациентов с постоянной формой ФП все неблагоприятные исходы выявлены у 28,8% пациентов против 12,6% у пациентов без ФП. Однако выполнение многофакторного анализа показало, что ФП не единственный фактор, влияющий на неблагоприятные исходы, что требует в дальнейшем выполнения эпидемиологического популяционного исследования.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, исходы, летальность, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, госпитализация.

L.A. Boqueriya, I.V. Samorodskaya, Ye.Yu. Bez'jazychnaya

ATRIAL FIBRILLATION AS CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS FACTOR IN OUTPATIENT POPULATION

Atrial fibrillation (AF) is one of the most common form of arrhythmia. The world research data has shown an annual increase in the number of atrial fibrillation patients, which has resulted in rising management costs of patients with the given pathology and necessitates population-based studies with the purpose of clinical characteristics and health care needs assessment. The purpose of this study was to compare outcomes of cardiology department outpatients, with and without AF, in the course of a 1-year follow-up. By continuous sampling technique, 441 patients with BCC (Blood Circulation Conditions) were enrolled into a prospective study, 180 (40.8%) of them presenting with AF. Paroxysmal AF was revealed in 76 (17.2%) patients, while permanent AF was detected in 104 (23.6%) patients. The average age of patients without AF was 58.4 ± 13.5 (min. 18, maks. 86). The mean age of paroxysmal AF patients was 65.4 ± 10.9 (min. 35, max. 87), of permanent AF patients – 71.81 ± 8.5 (min. 50, max. 86). AF has proved to be a significant factor of adverse outcomes: mortality, myocardial infarction (MI) development, acute cerebrovascular event (ACVE) occurrence, an increase in the number of hospitalizations. The whole range of adverse events was significantly more frequent in the AF group patients compared to the AF-free group (26.7% vs. 12.6%). In permanent AF patients, the full range of adverse outcomes was found in 28.8% patients vs. 12.6% in patients without AF. However, the implementation of multivariate analysis did not show AF to be the only factor for adverse outcomes, suggesting a need for further epidemiological population-based study.

Key words: atrial fibrillation, outcomes, mortality, myocardial infarction, acute cerebrovascular event, hospitalization.

Фибрилляция предсердий (ФП) – одна из наиболее распространённых в клинической практике форма аритмий. Встречаемость ФП во всём мире достигает 5,5 млн человек и ежегодно их число увеличивается на 720000 человек [8]. В течение последних 20 лет число случаев госпитализаций по поводу ФП в США увеличилось на 66% [10], что приводит к быстрому росту темпов затрат на ведение пациентов с данной патологией и увеличивает в целом расходы системы здравоохранения – совокупные годовые затраты на лечение ФП составили 6,65 млрд. \$ [9]. Число выявления новых случаев ФП достигает 350000 случаев ежегодно. В Северной Америке зарегистрировано 2,2 млн. больных ФП, в Европе – 4,5 млн. Только в Германии ею страдают почти 1 млн.

человек. Затраты на лечение больных ФП в странах Евросоюза составляют 13,5 млрд евро в год (ACC/ANA/ESC). Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее распространенный вид аритмии, встречающийся в 1-2% от общего населения. ФП может долго оставаться невыявленной [14], и многие пациенты с ФП не обращаются к врачу [15]. Таким образом, "истинная" распространенность ФП, вероятно, ближе к 2% населения [14]. По данным Фрамингемского исследования, частота новых случаев ФП удваивается с каждой возрастной декадой независимо от распространенности предрасполагающих состояний. Ежегодная заболеваемость составляет от 5 случаев на 1000 человек в возрасте 50-59 лет до 45 на 1000 в возрасте 85-94 года у мужчин и с 2,5 до

30 на 1000 в этих же возрастных категориях у женщин [13]. По данным исследования, выполненного в Италии, частота регистрации ФП среди пациентов, обратившихся к кардиологу, зависит от возрастной группы: в возрасте ≤ 65 лет - 16.0%; в 66 – 75 лет - 24.1%, старше 75 лет – 32.5% [7]. В РФ официальной статистики МЗиСР о распространенности данной патологии нет. По данным исследования СТЕРХ, выполненного в 5 регионах РФ под методическим руководством НЦССХ им. А.Н. Бакулева, частота регистрации постоянной формы ФП среди взрослых пациентов с ССЗ, обратившихся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения, составляет 11,5% [4]. Пожилые люди с заболеваниями сердца страдают ФП в 9,1% случаев, тогда как у лиц того же возраста без болезней сердца и сосудов частота ФП составляет 1,6%. ФП является независимым фактором риска смерти и может быть как следствием, так и единственной причиной ХСН [12]. Сегодня также известно, что мерцание предсердий имеет каждый двухсотый житель экономически развитых стран в возрасте 50-59 лет. Каждый десятый человек старше 80 лет страдает мерцательной аритмией. Почти 10% этих лиц не имеют ни артериальной гипертензии, ни ИБС, поэтому мерцание предсердий у них трактуется как идиопатическое [2]. В отечественных и зарубежных научных публикациях достаточно полно и подробно изложены вопросы сравнительной эффективности лечения ФП разными методами, оценки ФП как фактора риска инвалидизирующих и жизнеугрожающих осложнений, летального исхода и снижения продолжительности жизни [11,6]. ФП сопровождается повышенным риском тромбоэмболии, развитием аритмогенной кардиомиопатии и значительно повышает смертность у больных с сердечной недостаточностью. Новые подходы к лечению ФП связаны с применением современных антиаритмических препаратов I и III классов, которые, к сожалению, позволяют сохранить синусовый ритм не более чем у 50% больных с персистентной формой ФП в сроки от 12 до 24 месяцев после восстановления синусового ритма. Единственным радикальным методом лечения медикаментозно-рефрактерных и симптоматических форм ФП является хирургический [3]. Показатели смертности при ФП увеличиваются в 2 раза. ФП повышает риск развития инсульта в 5 раз. Риск смерти от инсульта, связанного с ФП, увеличивается в 2 раза, а стоимость лечения в 1,5 раза. У пациентов с ФП риск повторного инсульта выше

по сравнению с пациентами без ФП [1]. Исходя из вышеизложенного цель данного исследования – оценить частоту неблагоприятных исходов у пациентов с пароксизмальной и постоянной формами ФП: летальность, развитие ИМ, ОНМК, увеличение числа госпитализаций.

Материал и методы

В исследование методом сплошной бесповторной выборки был включен 441 взрослый пациент (старше 18 лет) с наличием и без ФП, обратившиеся за медицинской помощью к кардиологу в поликлинику МУЗ Городская больница № 5 г. Рыбинска Ярославской области за период с 15 августа 2009 по 15 января 2010 года. Данные на пациентов регистрировались в индивидуальной регистрационной карте и в дальнейшем переносились в табличный процессор Excel. Для оценки распространенности пароксизмальной и постоянной форм фибрилляции предсердий учитывались данные двух методов диагностики аритмий сердца: стандартного ЭКГ, с учетом количества пленок и суточного мониторирования ЭКГ, проведенного на аппарате МГ-100 фирмы «Schiller AG» (Швейцария). ЭхоКГ выполнена на аппарате «Aloka 4000». Для оценки степени риска сердечно-сосудистых событий использовалась шкала стратификация риска больных АГ. Через год методом телефонного опроса были изучены следующие исходы: летальность, развитие ИМ, ОНМК, число госпитализаций в связи с обострением сердечно-сосудистого заболевания. Всего в выборке зарегистрированы 261 пациент без ФП и 180(40,8%) пациентов с ФП. При анализе материала рассчитывались средние величины (М), стандартные отклонения (SD) и 95% доверительный интервал. Достоверность различий для качественных показателей оценивалась с помощью критерия χ^2 (или точный критерий Фишера). За статистическую достоверность различия принималось значение $p < 0,05$. Риск исхода рассчитывался при помощи критерия отношения шансов, который рассчитывался по формуле: $ОШ = A/B : C/D$, где А – наличие изучаемого исхода в группе 1; С – наличие изучаемого исхода в группе 2; В – отсутствие изучаемого исхода в группе 1; D – отсутствие изучаемого исхода в группе 2. Оценка влияния нескольких показателей (возраст, пол, ИМ в анамнезе, ОНМК в анамнезе, ФВ левого желудочка, размер левого предсердия, форма ФП, уровень риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SKORE) на летальный исход и сумму исходов (смерть, ИМ, ОНМК, госпитализация в связи с ослож-

нением сердечно-сосудистых заболеваний) выполнена методом бинарной логистической регрессии (LR).

Результаты

Пароксизмальная форма ФП в выборке зарегистрирована у 76(17,2%) пациентов, постоянная форма выявлена у 104(23,6%) пациентов. У 11 пациентов с ФП пароксизм зарегистрирован впервые. Средний возраст пациентов без ФП составил $58,4 \pm 13,5$ года (мин.18, макс.86). Средний возраст пациентов с пароксизмальной формой ФП $65,4 \pm 10,9$ года (мин. 35, макс. 87), с постоянной формой $71,81 \pm 8,5$ года (мин. 50, макс. 86). Различия по возрасту между группами статистически значимы ($p < 0,001$).

Из данной выборки в течение года умерли 5(1,1%) пациентов. ИМ зарегистрирован у 11(2,5%), ОНМК у 17(3,9%) пациентов. Был госпитализирован в связи с ухудшением течения БСК 81(18,4%) пациент. Хирургическое лечение БСК за указанный период проведено 5(1,1%) пациентам. Частота оцениваемых исходов у пациентов без ФП с пароксизмальной и постоянной формой ФП представлена в табл. 1.

Таблица 1
Частота оцениваемых исходов у пациентов без ФП с пароксизмальной и постоянной формой ФП

Оцениваемый исход	Пациенты без ФП	Пациенты с пароксизмальной формой ФП	Пациенты с постоянной формой ФП	p
Летальность	1(0,4%)	1(1,3%)	3(2,9%)	0,1
ИМ	5(1,9%)	1(1,3%)	5(4,8%)	0,2
ОНМК	6(2,3%)	2(2,6%)	9(8,7%)	0,01
Госпитализация	33(12,6%)	19(25%)	29(27,9%)	0,001
Хирургическое лечение БСК	1(0,4%)	4(5,3%)	0(0%)	0,001

Из таблицы видно, что различия между группами достоверны по таким показателям, как перенесенное за время наблюдения ОНМК ($p=0,01$), частота госпитализаций ($p=0,001$), хирургическое лечение БСК ($p=0,001$).

Сумма оцениваемых исходов у пациентов без ФП составила 33(12,6%), с пароксизмальной формой ФП 19(25%) и постоянной формой ФП 30(28,8%). Различия статистически достоверны ($\chi^2=15,4$ $p < 0,001$).

Отдельно было проведено сравнение частоты исходов в группе пациентов без ФП и в группе пациентов с постоянной формой ФП. Умерли 3(2,9%) пациента с постоянной формой ФП и 1(0,4%) без ФП. Различия статистически достоверны ($\chi^2=4,3$ $p=0,04$). ИМ зарегистрирован у 5(4,8%) пациентов с постоянной формой ФП и у 5(1,9%) – без ФП. Различия статистически не значимы ($\chi^2=2,3$ $p=0,1$). ОНМК зарегистрировано у 9(8,7%) пациентов

с постоянной формой ФП, у 6(2,3%) – без ФП. Различия статистически значимы ($\chi^2=7,6$ $p=0,006$). Были госпитализированы 29 (27,9%) пациентов с постоянной формой ФП, 33(12,6%) – без ФП. Различия достоверны ($\chi^2=12,3$ $p < 0,001$). Хирургическое лечение было выполнено 1(0,4%) пациенту без ФП, пациентов с постоянной формой хирургического лечения не было. Различия статистически не значимы ($\chi^2=0,4$ $p=0,5$).

Дополнительно проведено сопоставление в 2-х группах с наличием любой формы ФП и без ФП. Частота оцениваемых исходов у пациентов с наличием и без ФП представлена в табл. 2.

Таблица 2
Частота оцениваемых исходов у пациентов с наличием и без ФП

Оцениваемый исход	Пациенты без ФП	Пациенты с ФП	p	ОШ и 95% ДИ
Летальность	1(0,4%)	4 (2,2%)	0,07	5,9 (0,6 - 53)
ИМ	5(1,9%)	6(3,3%)	0,3	1,8 (0,5 - 5,9)
ОНМК	6(2,3%)	11(6,1%)	0,04	2,8 (1 - 7,6)
Госпитализация	33(12,6%)	48(26,7%)	<0,001	2,5 (1,5 - 4,1)
Хирургическое лечение БСК	1(0,4%)	4(2,2%)	0,07	5,9 (0,6 - 53,3)

Различия между группами достоверны по таким показателям, как перенесенное за время наблюдения ОНМК ($p=0,04$) и частота госпитализаций ($p < 0,001$),

Сумма оцениваемых исходов у пациентов с наличием ФП составила 49(27,2%) и 33(12,6%) без ФП. Различия достоверны ($\chi^2=14,9$ $p < 0,001$).

Таким образом, при проведении однофакторного анализа вне зависимости от принципа разделения пациентов на группы ФП являлась достоверно значимым фактором риска оцениваемых исходов. Значимыми факторами также оказались возраст старше 60 лет (ОШ=2,6 95% ДИ 1.5-4,4; $p=0,003$); наличие мелковолновой формы ФП (по сравнению с крупноволновой) (ОШ= 2,1 95% ДИ 1.3- 3,4; $p=0,003$); количество лет с момента регистрации ФП (ОШ=1,2 95% ДИ 1.1-1,3; $p=0,001$); регистрация СССУ при пароксизмальных формах ФП (ОШ=11,6 95% ДИ 2.2-60; $p=0,004$); размер левого предсердия (ОШ=1,1 95% ДИ 1.0-1,2; $p < 0,001$); ФВ левого желудочка (ОШ=0,9 95% ДИ 0.8-0,9; $p < 0,001$); ОНМК в анамнезе (ОШ=2,5 95% ДИ 1.4-4.6; $p=0,001$); уровень риска сердечно-сосудистых осложнений по шкале SKORE (ОШ=2,8 95% ДИ 1.7- 4.8; $p < 0,001$). Однако при проведении многофакторного анализа методом логистической регрессии выявлено, что наиболее значимым фактором, влияющим на сумму оцениваемых исходов, было наличие ОНМК в анамнезе (ОШ=8,1 95% ДИ 3.2-21; $p < 0,001$),

так же как и на вероятность развития ОНМК (ОШ = 13,6; 95% ДИ 1,3-137 $p=0,03$), развития ИМ (ОШ = 25; 95% ДИ 2,7-225 $p=0,004$), госпитализации в течение года в связи с ухудшением состояния (ОШ = 6,5; 95% ДИ 2,5-16 $p<0,001$).

Обсуждение

Ряд исследований показали, что ФП является независимым фактором уменьшения продолжительности жизни, риска развития ОНМК, сердечной недостаточности и других осложнений. Например, по данным Фрамингемского исследования, в течение 38-летнего наблюдения было выявлено, что относительный риск развития инсульта, связанного с ФП, резко возрастает – с 1,5% в возрасте 50-59 лет до 23,5% в возрасте 80-89 лет у мужчин и женщин, среди пациентов с ФП частота тромбозов составляет 5% в год, что в 2-7 раз выше среднепопуляционного уровня [13]. В исследовании, проведенном в Сербии в период 1992-2007 гг., было показано, что ФП является независимым фактором повышения смертности у пациентов. В исследование было включено 1100 пациентов с ФП, средний возраст $52,7 \pm 12,2$ года. Пароксизмальная форма ФП зарегистрирована у 665 (60,5%) пациентов, персистирующая – у 225 (20,5%) и постоянная – у 210 (19,1%). С недавно диагностированной ФП было зафиксировано 1058 пациентов (96,2%). До конца исследования 85 больных умерли (7,7%). Сердечно-сосудистая смерть зарегистрирована в 72,9% случаев, чаще всего в виде внезапной смерти (31,7%), смерти от застойной сердечной недостаточности (21,2%) и инсульта (16,5%). Большинство пациентов (78,8%) на момент смерти имели ФП. Стандартизированный коэффициент смертности на 1000 пациентов от всех причин был равен 2,43 ($p<0,0001$) и от сердечно-сосудистых заболеваний 3,03 ($p<0,0001$). Смертность от всех причин и от сердечно-сосудистой заболеваемости у больных с ФП выше, чем соответствующая смертность в общей популяции Сербии, несмотря на активное лечение [16]. В другом исследовании, выполненном в России, также выявлен риск неблагоприятных исходов у пациентов с ФП. Донецкая О. с соавторами изучали роль мерцательной аритмии (МА) в долгосрочном прогнозе у пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС). В исследование включены 453 пациента, поступивших в стационары Москвы. Средняя длительность наблюдения составила $2,07 \pm 0,48$ года, неблагоприятными исходами считали развитие в период наблюдения любого из следующих со-

бытий: фатальный и нефатальный инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, фатальный и нефатальный инсульт, смерть от других причин. Синусовый ритм отмечен у 419 (92,5%) больных, постоянная или персистирующая МА на момент развития ОКС была у 16 (3,5%). У 18 (4,0%) больных был зарегистрирован пароксизм МА. Средняя продолжительность жизни до конечной точки у больных с синусовым ритмом составила $884,9 \pm 23,4$ дня, у больных с постоянной или персистирующей формой МА – $827,3 \pm 123,3$ дня, у больных с пароксизмом МА, развившимся в первые 10 дней ОКС, – $514,0 \pm 111,3$ дня ($p<0,001$). Относительный риск наступления любой конечной точки у больного, перенесшего пароксизм МА, по сравнению с таковым у больного с синусовым ритмом составил 1,75 при 95% доверительном интервале (ДИ) от 1,284 до 2,393 ($p<0,001$), относительный риск смерти от ИМ за время наблюдения больных, перенесших пароксизм МА, – 1,72 при 95% ДИ от 1,026 до 2,873 ($p=0,040$), риск развития нестабильной стенокардии – 2,116 при 95% ДИ от 1,249 до 3,585 ($p=0,005$), инсульта – 2,863 при 95% ДИ от 1,300 до 6,301 ($p=0,009$). При многофакторном анализе независимыми предикторами неблагоприятного исхода были ИМ в анамнезе и пароксизм МА, перенесенный в первые 10 дней ОКС. Таким образом, пароксизмальная форма МА во время пребывания больного в стационаре по поводу ОКС ассоциируется с большей вероятностью развития неблагоприятных событий в течение ближайших 1-2 лет [5].

Полученные в нашем исследовании данные не противоречат другим исследованиям – при выполнении однофакторного анализа частота ОНМК, ИМ, смертность, госпитализации в анамнезе среди пациентов с ФП выше, чем среди пациентов без ФП. Однако выполнение аналогичного однофакторного анализа показало, что неблагоприятные исходы тесно взаимосвязаны с другими клиническими факторами (размер левого предсердия, фракция выброса левого желудочка, перенесенные в анамнезе ОНМК и ИМ, вид постоянной формы ФП, количество лет существования ФП), а также возраст пациента). Выполнение многофакторного анализа выявило, что перечисленные факторы тесно взаимосвязаны между собой и наиболее значимым (из анализируемых) фактором, влияющим на отдельные исходы и сумму исходов, было наличие в анамнезе ОНМК. Полученные данные указывают на целесообразность проведения крупномасштабных популяционных исследо-

ваний с включением в анализ ряда клинических и социально-демографических показателей с целью выявления наиболее значимых из

них и последующей разработки программ, направленных на оптимизацию тактики ведения пациентов.

Сведения об авторах статьи:

Бокерия Лео Антонович – академик РАМН, директор НЦССХ им. А.Н.Бакулева. Адрес: г. Москва, Рублевское шоссе 135.

Самородская Ирина Владимировна – д.м.н., г.н.с. НЦССХ им. А.Н. Бакулева, тел. 414-78-22.

Адрес: г. Москва, Рублевское шоссе 135. E-mail: samor2000@list.ru

Безъязычная Елена Юрьевна – врач функциональной диагностики 152907 Россия г.Рыбинск, Ярославская область, ул.Кулибина, 18, МУЗ Городская больница № 5; Тел/факс: (4855)55-03-13. E-mail: MUZ_GB 5@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

- Беленков Ю. Н. Кардиология: национальное руководство. – М.: Гэотар – Медиа, 2007. – 1232 с.
- Бокарев И. Н., Попова Л. В., Фомченкова О. И. Синдром аритмии. – М.: практическая медицина, 2007. – 208 с.
- Бокерия, Л.А. Фибрилляция предсердий: новые подходы к интервенционному лечению /Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревизишвили// Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2009. – №1. – С.4-9.
- Бокерия, Л.А. Результаты эпидемиологического исследования «Структура болезней системы кровообращения и потребность в отдельных видах специализированной лечебно-диагностической помощи среди взрослых пациентов, обратившихся за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения» /Л.А. Бокерия, И.Н.Ступаков, И.В.Самородская (СТЕРХ) //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 4 -8.
- Донецкая, О. Прогностическое значение фибрилляции предсердий у пациентов, переживших острый коронарный синдром//О. Донецкая, М.А.Евдокимова, В.С.Осмоловская, Резниченко Н.Е. и [др.]. Кардиология. – 2009. – № 49(1). – С. 19-24.
- Клинические рекомендации по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантируемых антиаритмических устройств. Всероссийское общество аритмологов. – М., 2009. –С.239-303.
- Baldasseroni S, Orsoa F, Fabbria G et al. Age-Dependent art Failure: Data from the Italian Network on Congestive Heart Failure Registry//Cardiology 2010; Vol. 116, No. 2, 79-88].
- Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM et al.: Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based cohort: the Framingham Heart Study. JAMA 271, 840–844 (1994).
- Coyne KS, Paramore C, Grandy S et al.: Assessing the direct costs of treating nonvalvular atrial fibrillation in the United States. Value Health 9, 348–356 (2006).
- Friberg J, Buch P, Scharling H et al.: Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation. Epidemiology 14, 666–672 (2003).
- Hart RG, Halperin JL: Atrial fibrillation and thromboembolism: a decade of progress in stroke prevention. Ann. Intern. Med. 131, 688–695 (1999).
- Heeringa J. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study . /Heeringa J. , Kuip D., Hofman A. et al. // Eur. Heart J. – 2006. — Vol. 27. –P. 949–953.
- Kannel WB, Abbott RD, Savage DD, McNamara PM, Coronary heart disease and atrial fibrillation: The Framingham Study, AM Heart J 1983- 106:389-396
- Kappenberger L, Kuck KH, Lip GY, Olsson B, Meinertz T, Priori S, Ravens U, Steinbeck G, Svernhage E, Tijssen J, Vincent A, Breithardt G. Outcome parameters for trials in atrial fibrillation: executive summary. Recommendations from a consensus conference organized by the German Atrial Fibrillation Competence NETwork (AFNET) and the European Heart Rhythm Association (EHRA). Eur Heart J 2007;28:2803–2817.
- Lip GY, Golding DJ, Nazir M, Beevers DG, Child DL, Fletcher RI. A survey of atrial fibrillation in general practice: the West Birmingham Atrial Fibrillation Project. Br J Gen Pract 1997;47:285–289.
- Potpara T, Grujić M, Marinković J, Ostojić M, Vujisić-Tesić B, Polovina M, Mujović N, Kocijancić A.: Relationship between mortality of patients with atrial fibrillation and mortality of general population in Serbia, rp Arh Celok Lek. 2010 Mar-Apr;138(3-4):177-85.

УДК 616.132.2-007-053.1:616.12]-073:534.24

© З.А. Багманова, В.В. Плечев, Н.А. Мазур, И.В. Бузаев, В.Г. Руденко, В.В.Кудряшов, А.Н. Крохалёв, 2011

З.А. Багманова³, В.В. Плечев¹, Н.А. Мазур², И.В. Бузаев³, В.Г. Руденко¹, В.В. Кудряшов³, А.Н. Крохалёв³ ОСОБЕННОСТИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С МЫШЕЧНЫМ МОСТИКОМ НАД КОРОНАРНОЙ АРТЕРИЕЙ

¹ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа

²ГОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования»

Минздравсоцразвития РФ, г. Москва

³ГБУЗ «Республиканский Кардиологический Диспансер» МЗ РБ, г. Уфа

Целью работы было выявление признаков, характеризующих наличие мышечных мостиков (ММ), с помощью трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ) у больных (бол) с болью в груди. Материал, методы: за 2003–2009гг. у 10298 больных проведена коронароангиография (КАГ). У 364 бол. (3,5%) выявлен ММ: 1 гр. – бол. с изолированным (И) ММ (114 чел.); 2 гр. – ММ и артериальной гипертензией (АГ) (59 чел.); 3 гр. – ММ и атеросклеротический стеноз (АС) (105 чел.); 4 гр. – ММ, АС, АГ (75чел.). Всем больным проводилась ЭхоКГ. В результате: 1) у больных с ИММ на ЭхоКГ выявляются нарушения локальной сократимости (НЛС) (2,6%); 2) среди больных с сочетанным ММ, имеющим АС коронарной артерии, в 1/3 случаев определяются признаки перенесенного инфаркта миокарда – увеличение КДО ЛЖ (37%), НЛС миокарда ЛЖ (27,6%); 3) в группе больных, имеющих ММ и АГ, метод ЭхоКГ позволяет выявлять гипертрофию миокарда ЛЖ (27%), НЛС, связанное с существованием ММ – в 3,3% случаев.

Ключевые слова: врожденная аномалия коронарной артерии, мышечный мостик над коронарной артерией, трансторакальная эхокардиография