

УДК 616.12-008.313.2-036.1

А.С. СУСЛОВ

Городская клиническая больница № 38, 603000, г. Нижний Новгород, ул. Чернышевского, д. 22

Оценка нозологической принадлежности фибрилляции предсердий в реальной клинической практике

Суслов Алексей Сергеевич — клинический ординатор больницы, тел. +7-920-052-92-61, e-mail: sulakoal@mail.ru

В работе проведена оценка нозологической принадлежности фибрилляции предсердий у больных (2943 истории болезни) терапевтического стационара и сопоставлена с реальными клиническими диагнозами, установленными лечащими врачами. Приведены примеры, отражающие подход к оценке причины фибрилляции предсердий. Сделан вывод о гипердиагностике ишемической болезни сердца и недооценке аритмогенной роли артериальной гипертензии.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия.

A.S. SUSLOV

Municipal Clinic № 38, 22 Chernyshevskiy St., Nizhny Novgorod, Russian Federation, 603000

Evaluating the nosology of atrial fibrillation in clinical practice

Suslov A.S. — clinical resident, tel. +7-920-052-92-61, e-mail: sulakoal@mail.ru

The nosology of atrial fibrillation in patients of therapeutic hospital (2943 medical histories) was evaluated and compared with clinical diagnoses made by attending physicians. The examples of the causes of atrial fibrillation are presented, which demonstrate the approach to evaluation of the atrial fibrillation cause. The conclusion is made about the overdiagnosis of coronary heart disease and underestimation of the arrhythmogenic role of hypertension.

Key words: atrial fibrillation, arterial hypertension.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из самых распространенных сердечных аритмий. Она регистрируется в 10-20 раз чаще, чем все другие наджелудочковые и желудочковые тахикардии вместе взятые [1, 2], а ее распространенность в общей популяции составляет 1-2% [3, 4]. На долю ФП приходится до 66% всех госпитализаций в связи с нарушениями ритма сердца [5]. ФП ассоциируется с увеличением риска смерти, остро нарушения мозгового кровообращения, сердечной недостаточности [3]. Наряду с хронической сердечной недостаточностью и сахарным диабетом ФП отнесена к числу сердечно-сосудистых «эпидемий XXI века» [6].

С позиции восстановления синусового ритма установление нозологической принадлежности ФП представляет собой актуальную задачу. Причиной ФП может выступать любое органическое заболевание сердца, однако на практике большинство ее случаев не всегда обоснованно связывается с ишемической болезнью сердца (ИБС). По материалам отечественных публикаций, роль ИБС в возникновении ФП достигает 87,7-93,8% [7, 8]. Эти результаты существенно отличаются от данных, приводимых в зарубежных исследованиях — 17-34% [9, 10]. Столь значительная разница обусловлена исполь-

зованием более строгих критериев ИБС: перенесенный инфаркт миокарда, объективный положительный ишемический тест (стресс-эхокардиография, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография сердца с нагрузкой) и/или признаки стенозирующего атеросклероза по данным коронароангиографии.

Мнения в отношении роли хронической ИБС в возникновении ФП противоречивы. Так, в одной из работ, где диагноз ИБС был верифицирован данными мультиспиральной компьютерной томографии, выраженный атеросклеротический стеноз коронарных сосудов достоверно чаще выявлялся в группе пациентов с ФП, чем без нее 41% против 27 [11]. В тоже время, в исследованиях «The Coronary Artery Surgery Study» среди 18000 больных, с ангиографически подтвержденной ИБС ФП выявлялась лишь у 0,6%, то есть не более чем в общей популяции. Аналогичные результаты получены в исследовании ALFA: при обследовании 756 больных с ФП диагноз ИБС был установлен только в 16,6% случаев.

В настоящее время ведущая роль в возникновении ФП отводится артериальной гипертензии (АГ). По данным международного регистра ФП, включающего сведения о 15 тысяч больных из 47 стран

мира, именно АГ являлась наиболее распространенной причиной ФП во всех исследуемых регионах [12].

Гипердиагностика ИБС и игнорирование АГ как этиологического фактора ФП определили **цель** настоящей работы, заключающуюся в попытке оценить истинную нозологическую принадлежность ФП и сопоставить ее с реальными клиническими диагнозами, установленными лечащим врачами терапевтического стационара.

Материалы и методы

Проведено одномоментное ретроспективное изучение нозологической принадлежности ФП в структуре больных терапевтического профиля. Были подвергнуты анализу истории болезни пациентов, прошедших за календарный год через терапевтическое (1385 историй болезни) и кардиологическое (1558 историй болезни) отделения одной из больниц Нижнего Новгорода. Нозологическая принадлежность ФП, расцененная лечащими врачами, была подвергнута критическому анализу с использованием имеющихся в историях болезни данных (анамнез, результаты инструментальных и лабораторных исследований).

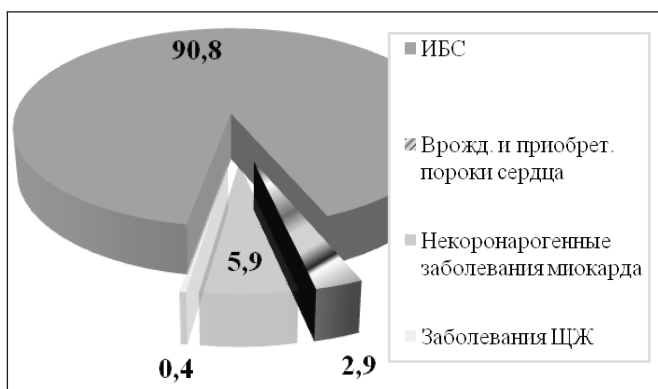
Результаты и обсуждение

Из проанализированных 2943 историй болезни ФП имела место в 712 случаях (24,2%), входя в структуру основного диагноза в 94,8% случаев и в 5,2% — сопутствующего. Длительность ФП у пациентов в среднем составила $6,5 \pm 5,0$ года. Частота ФП в стационаре среди мужчин и женщин почти не различалась. Структура диагнозов, отражающих этиологическую принадлежность ФП по данным лечащих врачей, представлена на рис. 1.

В соответствии с установленными диагнозами структура причин ФП не отличалась многообразием и была представлена в основном (90,8%) различными вариантами коронарной патологии, а именно: «атеросклеротическим кардиосклерозом» — 17,4%; стенокардией (без указания в истории болезни соответствующих жалоб и анамнестических данных) — 15,5%; «аритмическим вариантом» (при отсутствии стенокардии и/или перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе) — 6%; явной стенокардией, отраженная в истории болезни — 26,1%; инфарктом миокарда — 1,8%; постинфарктным кардиосклерозом — 24%.

Рисунок 1.

Этиологическая принадлежность ФП, установленная лечащими врачами терапевтического стационара

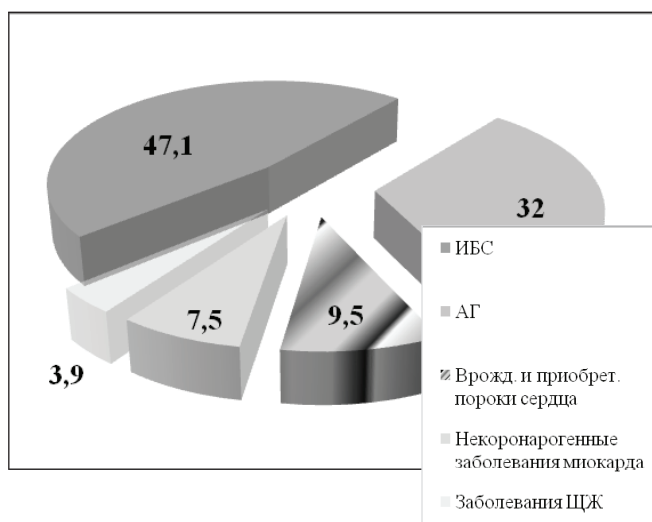


Среди иных немногочисленных этиологических факторов ФП фигурировали: врожденные и приобретенные пороки сердца — 2,9%, заболевания щитовидной железы — 0,4%, некоронарогенные заболевания миокарда — 5,9%. Структура диагнозов больных с ФП в кардиологическом и терапевтическом отделениях существенно не отличались.

Отмеченная высокая распространенность ИБС среди пациентов с ФП вызывала сомнения в корректности оценки нозологической принадлежности аритмии. Опираясь на сведения, содержащиеся в историях болезни (анамнез, результаты инструментальных и лабораторных исследований), сделана попытка оценить наиболее вероятную причину ФП в каждом конкретном случае (рис. 2).

Рисунок 2.

Этиологическая принадлежность ФП после детального анализа историй болезни



Прежде всего не убеждали в коронарной природе ФП случаи, когда единственным проявлением ИБС в диагнозах лечащих врачей значились «атеросклеротический кардиосклероз» (как известно, подобная форма отсутствует в клинической классификации), «аритмический вариант» (коронарное происхождение аритмии в отсутствии стенокардии и/или перенесенного инфаркта миокарда маловероятно). Сомнения в связи ФП с ИБС вызывали случаи, когда наряду с ФП в диагнозе значилась стенокардия напряжения I-II функционального классов, но при этом ни в жалобах, ни в анамнезе указаний на стенокардию или хотя бы кардиалгию не было.

Не отвергалась аритмогенная роль ИБС в случаях инфаркта миокарда или постинфарктного кардиосклероза. Механизм развития ФП при этих формах ИБС объясним. Так, при инфаркте миокарда вследствие острой левожелудочковой недостаточности резко возрастает гемодинамическая нагрузка на левое предсердие [13]; не исключается патогенетическая роль острой ишемии миокарда предсердий вследствие окклюзии соответствующих коронарных артерий [14]. По некоторым наблюдениям, ФП осложняет течение ИМ примерно в 5-26 % случаев [14, 15]. Возникновение ФП при постинфарктном кардиосклерозе связывают со снижением локальной сократимости левого желудочка, что приводит к последующему ремоделированию левого предсердия [1].

В проведенном исследовании инфаркт миокарда или постинфарктный кардиосклероз был документирован у 25,8% больных с ФП. При этом в 4,8% случаев (34 больных) аритмия предшествовала инфаркту миокарда и, таким образом, вряд ли была с ним связана. В итоге аритмогенная роль ИБС была признана нами бесспорной лишь у 21% больных с инфарктом или рубцовыми изменениями миокарда.

Таким образом, тщательный анализ историй болезни позволил отнести к ИБС не более чем 47,1% случаев ФП (рис. 2). Похожие данные получены М.Ф. Баллюзек и Л.Н. Александровой [16]: достоверные подтверждения ИБС (анамнестические указания на перенесенный крупноочаговый инфаркт миокарда или хирургическую реваскуляризацию миокарда, признаки стеноза артерий по данным коронароангиографии) отмечаются у 40,8% пациентов с ФП.

Наряду с преувеличением патогенетического значения ИБС при анализе историй болезни отчетливо прослеживалась недооценка аритмогенной роли АГ. По изученным историям болезни АГ имела место у 91% больных с ФП, между тем ни в одном (!) случае ее аритмогенная роль не была отражена в диагнозе. Предпринятый нами анализ медицинской документации позволил связать с АГ 32% случаев ФП (рис. 2).

В процессе изучения историй болезни был также пересмотрен вклад в развитие ФП и другой патологии. Аритмогенная роль пороков сердца была признана в 9,5%, заболеваний щитовидной железы — в 3,9%, некоронарогенных заболеваний миокарда — в 7,5% случаев. Полученные данные наглядно отражают недооценку лечащими врачами не только АГ, но и других анамнестических факторов ФП.

Приведем несколько примеров, наглядно иллюстрирующих ситуацию с оценкой нозологической принадлежности ФП в реальной клинической практике.

Пример 1: Пациент К., 66 лет, с отягощенной по АГ наследственностью в течение шести лет отмечает повышение АД до 170/100 мм рт. ст. Доставлен в стационар с пароксизмом ФП. При ЭхоКГ выявлены гипертрофия миокарда (толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки — по 13 мм), расширение полости левого предсердия — 45 мм, признаки диастолической дисфункции. Приведенные данные не оставляли сомнений в «гипертоническом» происхождении ФП, однако в истории болезни в качестве основного диагноза значилось: «ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, пароксизм ФП», а АГ была указана лишь как сопутствующая патология.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушаковский М.С. Аритмии сердца. — Санкт-Петербург, 2007. — 672 с.
2. Волков В.Е. Фибрилляция предсердий, ассоциированная с артериальной гипертензией // Фарматека. — 2011. — № 14. — С. 20-23.
3. Диагностика и лечение фибрилляции предсердий. Рекомендации ВНОК и ВНОА. — 2011. — 84 с.
4. ESC 2010 Guidelines for the management of atrial fibrillation — executive summary // Eur Heart J. — 2010. — № 31. — P. 2373-2374.
5. Сычев О.С., Безюк Н.Н. Фибрилляция предсердий — потенциально летальная аритмия. Распространенность, причины развития и последствия фибрилляции предсердий // Здоров'я України. — 2009. — № 18 (1). — С. 20-21.
6. Stevenson W.G., Stevenson L.W., Atrial fibrillation and heart failure-five more years // N. Engl. J. Med. — 2004. — Vol. 351 (23). — P. 2437-2440.
7. Сердечная Е.В., Юрьева С.В., Татарский Б.А. Фибрилляция предсердий: эпидемиология, особенности течения разных форм и выживаемость больных на северо-западе России // Кардиосоматика. — 2012. — № 3. — С. 45-51.

Уточненный диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 2-й степени, риск 4; гипертоническое сердце: пароксизм фибрилляции предсердий от 25.09.11, ХСН I стадии (NYHA — I ФК).

Пример 2: Пациентка Т., 74 года, поступила экстренно с пароксизмом ФП, который был расценен как проявление ИБС («атеросклеротический кардиосклероз, пароксизм ФП»). В анамнезе — патология щитовидной железы. В объективном статусе отмечены (и зафиксированы в истории болезни) признаки тиреотоксикоза: влажная кожа, тремор рук, эмоциональная лабильность и зоб, деформирующий область шеи. Представление о тиреотоксикозе было подтверждено и лабораторно: снижение ТТГ до 0,001 мкМЕ/мл и повышение Т4 до 33,3 пмоль/л.

Уточненный диагноз: Диффузный токсический зоб II степени (ВОЗ, 2001г.), тиреотоксикоз тяжелого течения; тиреотоксическая миокардиодистрофия: пароксизм фибрилляции предсердий от 14.07.11, ХСН IIA стадии (NYHA — II ФК).

Почему же лечащие врачи при оценке этиологической принадлежности ФП относят большинство ее случаев к ИБС? Видится несколько возможных причин:

- выявление истинной нозологической принадлежности ФП требует времени, которого часто не хватает из-за высокой загруженности врача стационара;
- недостаточная освещенность вопроса аритмогенной роли АГ в литературе, доступной врачам клинического звена;
- частое сочетание ИБС и АГ не всегда позволяет четко дифференцировать нозологическую принадлежность ФП;
- рубрикация ФП в рамках диагноза ИБС, а не АГ позволяет врачу продлить пребывание пациента в стационаре и иметь запас времени для выполнения стандарта обследования.

Заключение

В реальной клинической практике при оценке этиологии ФП отмечается гипердиагностика ИБС (в 43,7% случаев нозологическая принадлежность ФП к коронарной патологии была отвергнута при тщательном анализе историй болезни). Лечащими врачами игнорируется АГ как вероятная причина ФП. АГ выявляется у 91% госпитализированных пациентов с ФП, а как реальный фактор аритмии может быть признана не менее чем в 32% случаев. Выявление истинной нозологической принадлежности ФП связано со многими причинами, предупреждение которых часто не зависит от врачей стационара.

8. Буланова Н.А., Стажадзе Л.Л. Распространенность ФП у больных, наблюдаемых в условиях поликлиники // Кардиология. — 2011. — № 12. — С. 29-35.

9. Lévy S., Maarek M., Coumel P. et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study // Circulation. — 1999. — № 99. — P. 3028-3035.

10. Nieuwlaet R., Capucci A., Camm A.J. et al. on behalf of the Euro 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. — P. 2422-2434.

11. Gaetano Nucifora M.D., Joanne D. Schuijff, Prevalence of Coronary Artery Disease Assessed by Multislice Computed Tomography Coronary Angiography in Patients With Paroxysmal or Persistent Atrial Fibrillation // Circulation Cardiovascular Imaging. — 2009. — № 2. — P. 100-106.

12. Канорский С.Г., Конгресс Европейского общества кардиологов (Париж 2011 г.) // Международный медицинский журнал. — 2012. — № 1. — С. 14-21.



13. Ардашев А.В. Клиническая аритмология. — Москва, 2009. — 1220 с.

14. Сайганов С.А., Гришкин Ю.Н. Фибрилляция предсердий у больных с нижним инфарктом миокарда: этиология, причины развития и клиническая характеристика // Вестник аритмологии. — 2010. — № 59. — С. 20-26.

15. Шульман В.А., Шестерня П.А., Головенкин С.Е. и др. Фибрилляция предсердий у больных инфарктом миокарда:

предикторы возникновения, влияние на ближайший и отдаленный прогноз // Вестник аритмологии. — 2005. — № 39. — С. 5-9.

16. Баллюзек М.Ф., Александрова М.Ф. Частота и особенности течения ишемической болезни сердца, ассоциированной с развитием фибрилляции предсердий // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. — 2012. — Серия 11, Выпуск 2. — С. 3-9.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ТОМАТЫ УКРЕПЛЯЮТ СОСУДЫ

Экстракт томатов может улучшить функции кровеносных сосудов, установили ученые в своем новом исследовании, опубликованном в журнале PLoS One.

По статистике, в США заболевания сердечно-сосудистой системы являются причиной смерти каждые 33 секунды. В последнем исследовании британские ученые из Кембриджского университета выяснили, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний является гораздо более низкой в странах, где преобладает средиземноморская диета.

Средиземноморская диета состоит из растительных продуктов, таких как фрукты и овощи, цельные зерна, бобовые и орехи. Она также включает употребление рыбы и мяса птицы дважды в неделю, при этом подсолнечное и сливочное масло заменяют здоровыми жирами, например, оливковым маслом. В то же время употребление красного мяса ограничено.

Долгое время ученые не знали, почему же средиземноморская диета полезна для сердечного здоровья. Однако в последних исследованиях на эту тему ученые выявили связь между антиоксидантом ликопеном, обнаруженным в томатах, и понижением риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

По словам экспертов, ликопен является мощным антиоксидантом, который имеет в десять раз больший потенциал по сравнению с витамином Е. Как оказалось, именно ликопен придает томатам, арбузам и розовым грейпфрутам окраску. Наиболее высокое содержание ликопена было отмечено в томатах и томатных продуктах, к примеру, в кетчупе и томатном пюре.

Для подтверждения теории ученые провели рандомизированное двойное слепое исследование, в котором приняли участие 36 пациентов с диагностированными сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также 36 здоровых пациентов. В рамках исследования, которое продолжалось два месяца, половина добровольцев получала биодобавку атеронон, содержащую 7 мг ликопена, в то время как другая половина испытуемых получала плацебо один раз в день. Все пациенты придерживались собственного режима питания, ничего не меняя.

В результате пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, принимавшие добавки с ликопеном, имели лучшую реакцию кровеносных сосудов относительно ацетилхолина (нейромедиатор, осуществляющий нервно-мышечную передачу) по сравнению со здоровыми участниками.

Ежедневное потребление томатов, конечно, не заменит основного лечения, но будет способствовать укреплению сосудов и здоровья пациента в целом.

По материалам Medical News Today
Подготовил Владислав Воротников

Источник: Medlinks.ru