

Вопросы практического здравоохранения



© ПЕЛИНОВСКАЯ Л. И., ДЕМКО И. В., МАНДРИКОВА О. М., ГЛИЗЕР Р. Н.

УДК 616.132.2:616.12-008.313.2

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Л. И. Пелиновская¹, И. В. Демко¹, О. М. Мандрикова², Р. Н. Глизер²

¹ ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра внутренних болезней № 2 с курсом ПО, зав. — д. м. н., проф. И. В. Демко, ² КГБУЗ Краевая клиническая больница, Красноярск, гл. врач — Е. Е. Корчагин.

Резюме. Цель работы — выявить частоту и характер поражения коронарных артерий у больных с фибрилляцией предсердий. Диагностом при поступлении у всех больных была ишемическая болезнь сердца. Из 186 больных у 24,2 % больных коронарные артерии не были поражены атеросклерозом. Этиология фибрилляции предсердий (ишемическая болезнь или идиопатическая) не влияла на гемодинамические показатели по данным эхокардиографии.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, коронарография.

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из наиболее частых форм нарушения сердечного ритма, занимая второе место по частоте после экстрасистолии. Она наблюдается в 10-20 раз чаще, чем другие наджелудочковые и желудочковые тахикардии, вместе взятые. По мнению A.J. Camm [5], в настоящее время можно говорить об эпидемии фибрилляции предсердий. Подсчитано, что фибрилляция предсердий, не обусловленная клапанной патологией сердца увеличивает риск развития инсульта в 5 раз [6,7]. Доказано, что, риск инсульта при персистирующей форме фибрилляции предсердий не ниже, чем при постоянной форме. В исследовании ALFA [8] основными заболеваниями, выявленными у больных с фибрилляцией предсердий были: артериальная гипертензия — 21,4%, сердечная недостаточность — 29,8%; ишемическая болезнь сердца (ИБС) — 16,6%, ревматическое поражение сердца — 15%, гипертиреоз — 3,1%; изолированное мерцание предсердий — 29%. В России существует громадная гипердиагностика ИБС у больных с фибрилляцией предсердий. Так, среди 756 больных с фибрилляцией предсердий в исследовании ALFA диагноз ишемической болезни сердца был установлен только в 17,7% при хронической форме фибрилляции предсердий и у 11,9% с пароксизмальной формой. При пароксизмальной форме «изолированный вариант» — был диагностирован у 19% больных. Средний возраст больных в исследовании при этом достигал 68,5 лет.

В последнее десятилетие значительно снизилась доля отдельных этиологических факторов в происхождении фибрилляции предсердий. Заметно сократилась роль ревматических пороков сердца [2,4] и увеличилась доля различных вариантов ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии [1]. Выявлены новые причины развития ФП: синдром обструктивного апноэ/гипопноэ во время сна и влияние наследственной предрасположенности

[3]. По современной классификации ишемической болезни сердца нарушение ритма сердца может быть единственным проявлением хронической ИБС. Чаще фибрилляция предсердий встречается у лиц старшего возраста. После 50 лет с каждым последующим десятилетием жизни фибрилляция предсердий встречается в 2 раза чаще, достигая 10% в популяции лиц старше 80 лет [7]. Именно поэтому в России существует колоссальная гипердиагностика ИБС у больных с фибрилляцией предсердий. Сформировался своеобразный подход к диагностике причин фибрилляции предсердий: в случае появления её у больных в возрасте 50-60 лет и старше механически больному выставляется диагноз ИБС.

Таким образом, разброс причин возникновения фибрилляции предсердий неоднороден, но в клинической практике основная масса больных имеет диагноз ИБС. Поэтому представляет интерес уточнить характер поражения коронарных артерий и тем самым либо подтвердить диагноз ИБС, либо его опровергнуть у больных с фибрилляцией предсердий.

Материалы и методы

В исследование было включено 186 пациентов кардиологических отделений Краевой клинической больницы, находившихся на лечении в период 2009-2010 гг. и имеющих фибрилляцию предсердий. Всем больным была сделана коронароангиография, что позволило сопоставить частоту и характер поражения коронарных артерий с клиническими проявлениями ФП. На каждого пациента заполнялась анкета, включающая паспортные данные, сведения о сопутствующих заболеваниях, объективные данные осмотра, лабораторные показатели. Всем больным проведена регистрация электрокардиограммы (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях, выполнена трансторакальная эхокардиография (ЭХО-КГ) по стандартной методике на ультразвуковом аппарате GE Medical System Vivid 7

(США). Коронарография проводилась на аппаратах GE Medical Innova и Simens Axion (США). Из биохимических исследований крови исследованы липидный спектр крови, по показаниям — гормоны щитовидной железы. В исследование не включались больные с заболеваниями клапанного аппарата сердца, кардиомиопатиями, заболеваниями щитовидной железы. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с помощью пакета прикладных программ «Statistica v. 7». Оценку межгрупповых различий по качественным признакам выполняли с использованием критерия χ^2 . Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Из 186 обследованных больных мужчин было $69, \pm 4\%$, женщин — $30,6 \pm 3,4\%$.

Пациенты были разделены на две группы. В первую группу вошел 141 пациент ($75,8 \pm 3,1\%$), у которых по данным коронарографии были выявлены атеросклеротические поражения коронарных артерий. Во вторую — 45 ($24,2 \pm 3,1\%$) пациентов, не имеющих по данным коронарографии признаков атеросклероза. Образовавшиеся группы были сопоставимы по ряду исходных демографических и клинических показателей.

При анализе возрастной структуры было выявлено, что основная часть больных — 130 ($69,9 \pm 3,4\%$) в обеих группах находится в возрастном диапазоне от 51 до 70 лет, но среди больных с поражением коронарных артерий в $33,3 \pm 3,9\%$ и в $43,2 \pm 7,4\%$ у больных с фибрилляцией предсердий с интактными артериями преобладал возрастной интервал 61–70 лет.

Проанализирован характер поражения коронарных артерий (КА) у больных с фибрилляцией предсердий. У 120 ($85,1 \pm 3,0\%$) больных выявлены гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий. У $40,8 \pm 4,5\%$ (49 чел.) из них по данным коронарографии выявлен один стеноз (ПКА или ПМЖВ), у $17,5 \pm 3,5\%$ (21 чел.) было обнаружено 2 стеноза, у $29,2 \pm 4,1\%$ (35 чел.) — 3 стеноза, у остальных больных были выраженные диффузные изменения коронарных артерий. Частота поражения коронарных артерий у больных с фибрилляцией предсердий представлена на рис. 1.

Среди больных с поражением коронарных артерий практически одинаково часто встречалась как пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (у 64 чел.), так и постоянная (58 чел.). В группе больных без поражения коронарных артерий статистически значимо преобладала пароксизмальная форма (у 30 чел. из 45), что демонстрирует в процентном отношении рис. 2.

В обеих группах были определены средние значения основных эхокардиографических показателей, которые существенно не различались по группам (конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого предсердия и левого желудочка, ударный объем, систолическое давление в легочной артерии). При оценке фракции выброса левого желудочка статистически значимых различий между группами также выявлено не было. Тахикардия в группе

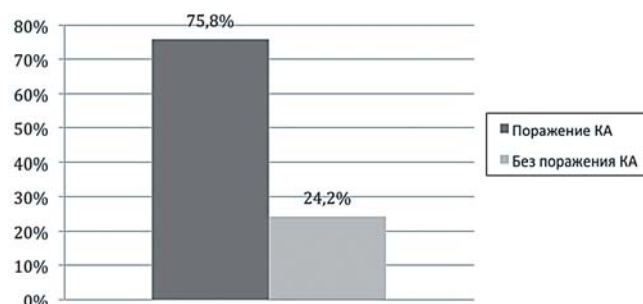


Рис. 1. Частота поражения коронарных артерий (КА) у больных с фибрилляцией предсердий.

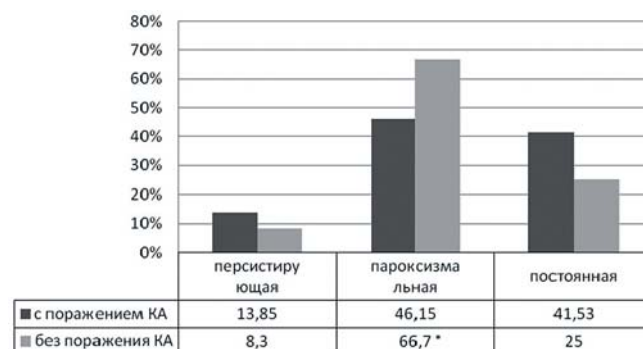


Рис. 2. Частота форм ФП в зависимости от поражения коронарных артерий (КА).

Примечание. * — $p < 0,05$ по сравнению с группой больных с поражением коронарных артерий.

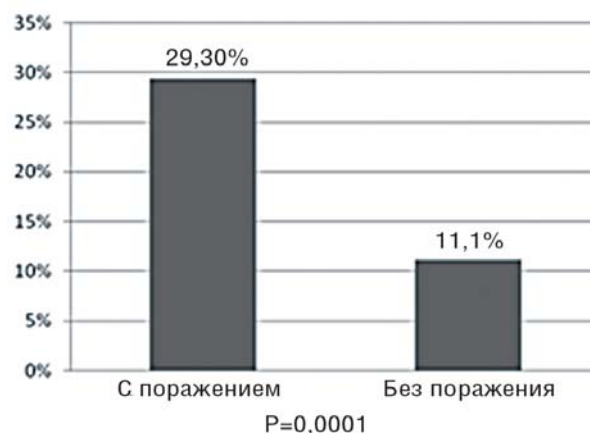


Рис. 3. Частота тахикардии у больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от поражения коронарных артерий.

больных с поражением коронарных артерий встречалась чаще с высокой достоверностью ($p = 0,0001$) и составила $29,30 \pm 3,8\%$ (рис. 3).

По данным биохимического анализа крови, общий холестерин в группе больных с поражением коронарных артерий был статистически значимо выше, чем у больных с интактными коронарными артериями.

В обеих группах отмечалась высокая частота гипертонической болезни: в первой группе — 100%, во второй — $88,8 \pm 4,7\%$. В настоящее время артериальная гипертония рассматривается как определяющий, независимый,

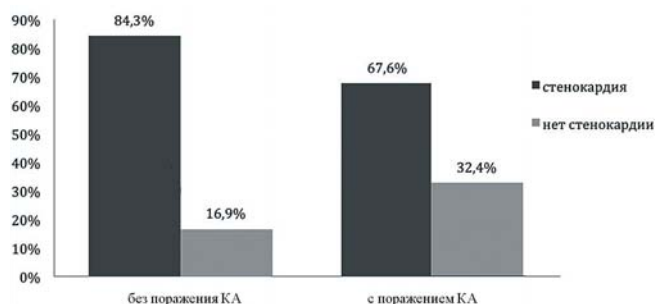


Рис. 4. Частота диагностики врачами отделений стенокардии по клиническим данным.

потенциально обратимый фактор риска развития фибрилляции предсердий [1]. Острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе чаще встречалось у больных без поражения коронарных артерий. При направлении в стационар в группе больных без поражения коронарных артерий диагноз стенокардии был поставлен у 39 больных ($84,3 \pm 5,4\%$), а в группе с атеросклеротическим поражением сосудов сердца частота стенокардии составила $67,6 \pm 3,9\%$ (95 чел.), что демонстрирует рис. 4.

По данным анамнеза у $50,35 \pm 4,2\%$ больных с выявленными стенозами коронарных артерий, врачами диагностирован перенесенный инфаркт миокарда. Обращает внимание тот факт, что у больных с неизмененными коронарными артериями по данным «золотого стандарта» диагностики ИБС в $26,6 \pm 6,6\%$ анамнестически тоже выставлен постинфарктный кардиосклероз.

Наши данные совпадают с результатами исследования ALFA [8], в котором частота изолированного мерцания предсердий составила 10-30%, а при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий достигала 50%.

Наш материал свидетельствует о том, что диагноз ИБС у больного с фибрилляцией предсердий правомочен только при наличии клиники стенокардии и/или инфаркта миокарда в анамнезе и подтвержденных инструментально поражений коронарных артерий. Таким образом, фибрилляция предсердий не является критерием диагноза ИБС, а потому для исключения или подтверждения данного диагноза нужно использовать исследования выявляющие ишемию миокарда (ВЭМ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, коронарографию).

Таким образом, у 24,2% больных с фибрилляцией предсердий коронарные артерии не поражены атеросклерозом. Сам факт диагностики фибрилляции предсердий не является обоснованием диагностики ИБС. Этиология фибрилляции предсердий (ИБС или идиопатическая) не влияет на гемодинамические показатели по данным ЭхоКГ. Для диагностики ИБС как причины фибрилляции предсердий необходимы доказательства ишемии, выявленные инструментальными методами исследования — ЭКГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ, рубцовые изменения по данным ЭхоКГ либо наличием атеросклеротических изменений коронарных артерий. Независимо от поражения коронарных артерий частота гипертонической болезни у больных с фибрилляцией предсердий — высокая.

THE FREQUENCY AND NATURE OF THE CORONARY ARTERIES LESIONS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION

L. I. Pelinovskaya¹, I. V. Demko¹,
O. M. Mandrikova², R. N. Glizer²

¹ Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, ² Krasnoyarsk regional hospital

Abstract. Purpose — to identify the frequency and nature of the coronary arteries lesions in patients with atrial fibrillation. The diagnosis in all patients was coronary artery disease. From 186 patients in 24.2% coronary arteries were not suffered from atherosclerosis. The etiology of atrial fibrillation (ischemic or idiopathic) had no effect on hemodynamic parameters by echocardiography.

Key words: atrial fibrillation, ischemic heart disease, coronary angiography.

Литература

1. Баранова Е.И. Фибрилляция предсердий у больных артериальной гипертензией // Артериальная гипертензия. — 2011. — Т. 17, № 4. — С. 293-304.
2. Гуревич М.А. Мерцательная аритмия (вопросы этиологии, классификации и лечения) // Клиническая медицина. — 2006. — № 2. — С. 7-15.
3. Никулина С.Ю., Шульман В.А., Кузнецова О.О. и др. Генетика фибрилляции предсердий // Кардиология. — 2009. — № 3. — С. 43-48.
4. Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А. Медикаментозное лечение мерцания предсердий. — М., 2003. — 367 с.
5. Camm A.J. First Europe-specific Guidance on AF. — 2010. — [Электронный ресурс]. — URL: <http://cme.medscape.com/viewarticle/728547>.
6. 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 Substudy // J. Am. Coll. Cardiol. — 2007. — Vol. 50, № 22. — P. 2156-2161.
7. Kannel W.B., Wolf P.A., Benjamin E.J. et al. Prevalence, incidence, prognosis, and predisposing conditions for atrial fibrillation: population-based estimates // Am. J. Cardiol. — 1998. — Vol. 82, № 8A. — P. 2N-9N.
8. Levy S., Maarek M., Coumel P. et al. Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study. The College of French Cardiologists // Circulation. — 1999. — Vol. 99. — P. 3029-3035.

Сведения об авторах

Пелиновская Лилия Ивановна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ. Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2201775, e-mail: konnoz@mail.ru.

Демко Ирина Владимировна — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ. Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2283469; e-mail: demko64@mail.ru.

Мандрикова Ольга Михайловна — врач кардиологического отделения № 2 КГБУЗ ККБ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3а; тел. 8(391) 2209862, e-mail: olga-mandrikova@yandex.ru.

Глизер Рахима Нургалиевна — заведующая кардиологическим отделением №1 КГБУЗ ККБ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 3а; тел. 8(391) 2201775.