

КОММЕНТАРИЙ РЕДКОЛЛЕГИИ К СТАТЬЕ

«ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ С СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА»

(авторы: Бочаров А. В., Попов А. В. DOI: 10.18087/cardio.2022.3.n1648)

Инфаркт миокарда предсердий (ИМП) является весьма редкой патологией. Причиной возникновения ИМП может быть окклюзия снабжающей артерии (атеросклероз, тромб). Другой причиной ИМП может являться закрытие устья предсердной ветви установленным в проксимальный отдел правой коронарной или огибающей артерии стентом [1].

Публикация комментируемой работы имеет целью привлечения внимания читателей и авторов к исследованиям функции левого предсердия (ЛП), а также вопросам диагностики его патологии. Цель статьи оценить частоту возникновения ИМП у пациентов с суправентрикулярным нарушением ритма после купирования аритмии верапамилом. Диагноз ИМП устанавливали на основании ЭКГ-критериев, положительной реакции на тропонины и данных селективной коронарографии.

С нашей точки зрения в статье имеется несколько противоречивых положений и несоответствий.

1. Инфаркт миокарда (ИМ) диагностировался на основании положительной качественной реакции на кардиальные тропонины. Сегодня этот подход не рекомендован к использованию в диагностике ИМ. Малая толщина стенки предсердий при ее некрозе не приводит к существенному увеличению уровня кардиальных тропонинов. Кроме того, положительная реакция на кардиальные тропонины требует исключения ряда других заболеваний, в том числе миокардита.
2. Нет описания клинических проявлений острой предсердной недостаточности.
3. В качестве диагностического критерия ИМП авторами взято замедление кровотока в левопредсердной ветви артерии синусового узла. Следует напомнить, что замедление кровотока не является диагностическим критерием ИМ в целом.
4. Известно, что парентеральное введение верапамила может вызвать замедление кровотока в коронарных артериях из-за их расширения (вазодилатирующий эффект блокаторов кальциевых каналов).
5. По данным селективной коронарографии отсутствовали поражения коронарного русла, в то же время авторы указывают на наличие ИБС у 82% пациентов.
6. Наличие ИМП обычно приводит к нарушению функции предсердий с последующей дилатацией [2]. В статье об этом ничего не говорится.

7. Непонятна патофизиология последовательности событий: в данном исследовании синусовый ритм восстанавливался, затем возникал ИМП. В реальности происходит другая последовательность событий: сначала возникает ИМП, затем из-за некроза стенки предсердий происходит нарушение образования и проведения электрического импульса с последующим развитием фибрилляции предсердий (ФП).

8. Не представлена частота сочетания ИМП с инфарктами других локализаций. В большинстве случаев предсердия вовлекаются в процесс при ИМ больших размеров (чаще нижней стенки левого желудочка – ЛЖ).

9. Методом верификации нарушения функции предсердий и наличия ИМП является магнитно-резонансная томография сердца [2], которая у пациентов не применялась.

Учитывая представленные авторами данные, можно предположить, что после устранения наджелудочковой аритмии и восстановления синусового ритма у пациентов возникала гибернация ткани предсердий (?), сочетавшаяся с замедлением кровотока в ветви артерии синусового узла вследствие применения верапамила.

С нашей точки зрения вовлечение предсердий в инфарктный процесс следует доказывать (или опровергать) при наличии ИМ больших размеров с возникновением дилатации предсердий с нарушением функций и/или внезапно возникшей ФП. Не следует тратить силы, средства и время на выявление изолированного ИМП при отсутствии каких-либо объективных оснований.

Тем не менее, редколлегия приняла решение опубликовать эту работу, чтобы привлечь внимание к исследованиям ЛП, его функции, роли в наполнении ЛЖ, диагностическим и прогностическим возможностям, всему что получило в последнее время определение «кардиомиопатия левого предсердия». Необходимо формирование современных диагностических подходов с использованием МРТ сердца с контрастированием, «stress-strain» ЭхоКГ и других методов. Мы ожидаем новых исследований поражения ЛП не только при его ишемии, но и при нарушениях ритма сердца, кардиотоксическом эффекте химиотерапии и, конечно, при миокардитах и кардиомиопатиях, включая случаи COVID-19.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Álvarez-García J, Vives-Borrás M, Gomis P, Ordoñez-Llanos J, Ferrero-Gregori A, Serra-Peñaranda A, Cinca J. Electrophysiological Effects of Selective Atrial Coronary Artery Occlusion in Hu-

mans. Circulation. 2016;133:2235–2242. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021700.

2. Stewart W. Atrial Myocardial Infarction. JACC 2017;70: 2890–2892.