

Dysfunkcja nerek pogarsza rokowanie osób z OZW

dr hab. n. med. Jacek Lelakowski

Klinika Elektrokardiologii, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, *Collegium Medicum*, Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Kraków



Przewlekła choroba nerek (PChN) predysponuje do rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego, a odległe rokowanie w tych chorobach jest tym gorsze, im bardziej upośledzone jest przesączanie kłębuszkowe, którego wartość < 60 ml/min (umiarkowana niewydolność nerek) predysponuje do rozwoju:

niewydolności serca, nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, choroby niedokrwiennej serca, zaburzeń rytmu i przewodzenia, niedokrwistości oraz zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej [1–3].

W obserwowanej przez Lisowską i wsp. [1] populacji pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) i stwierdzoną dysfunkcją nerek najczęściej występującą arytmia była napadowe migotanie przedsionków (AF). W analizie wieloczynnikowej wiek, upośledzona funkcja skurczowa lewej komory i zaburzenia rytmu były niezależnymi czynnikami pogarszającymi rokowanie w okresie odległym. Częstość występowania AF u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek jest znacznie wyższa niż w populacji ogólnej — wynosi 7–27%. Jak wykazali Autorzy komentowanej pracy, wystąpienie OZW u tych pacjentów zwiększa częstość wystąpienia AF [1].

Do najważniejszych mechanizmów uczestniczących w arytmogennej przebudowie mięśnia sercowego należą:

- zwiększona wolemia, niedokrwistość, obserwowana u chorych z PChN, przyczynia się do przeciążenia objętościowego, przerostu lewej komory, co z kolei prowadzi do wzrostu ciśnienia w obrębie przedsionków, ich rozciągnięcia oraz strukturalno-elektrycznej przebudowy sprzyjającej AF;
- nasilony stres oksydacyjny, uogólniony proces zapalny oraz toksemia i zaburzenia wapniowo-fosforanowe są przyczyną przyspieszonego rozwoju miażdżycy. Może to doprowadzić do zmian w układzie bodźcoprzewodzącym i powstawania pobudzeń ektopowych;
- wzrost aktywności tkankowych układów renina–angiotensyna bezpośrednio stymuluje proces włóknienia i zaburza funkcję kanałów jonowych. Zmiany te prowadzą do strukturalnej i elektrycznej przebudowy przedsionków sprzyjającej wystąpieniu AF;
- wzmożona aktywacja układu współczulnego jest kolejnym ogniwem patogenetycznym rozwoju AF;

— zmniejszone stężenie albumin i cholesterolu frakcji HDL jest czynnikiem ryzyka wystąpienia AF. Uważa się, że nasilony katabolizm, prowadząc do obniżonego stężenia albumin, może przyczyniać się do nasilonej przebudowy ściany przedsionków [2, 3].

Ważnym aspektem terapii AF jest próba przywrócenia rytmu zatokowego (SR). W tym celu zasadne jest zastosowanie kardiowersji elektrycznej lub farmakologicznej. Skuteczne przywrócenie SR obserwuje się po zastosowaniu propafenonu, amiodaronu lub ibutilidu. Należy jednak unikać stosowania propafenonu u osób z przerostem lewej komory i niewydolnością serca, a ibutilidu u osób z hipokaliemią i/lub hipomagnezemią ze względu na możliwe działanie proarytmogenne. W leczeniu osób z nawracającym AF można stosować zabiegi ablacji. U osób, u których nie można uzyskać powrotu SR, pozostaje jedynie kontrola częstotliwości rytmu komór. W leczeniu należy stosować beta-adrenolityki (z wyjątkiem hydrofilnych — atenololu, sotalolu i nadololu) i krótko działających antagonistów wapnia [2].

Wśród badanych przez Autorów chorych z OZW i upośledzoną funkcją nerek oraz AF u 2/3 pacjentów podjęto próbę przywrócenia SR. W farmakoterapii stosowano amiodaron [1].

Niestety głównym ograniczeniem badania była mała liczebność grupy i retrospektywny charakter pracy. Szkoda, że Autorzy nie dysponowali danymi, czy byli to pacjenci z PChN rozpoznaną i leczoną przed hospitalizacją (czyli już obciążeni wyższym ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych w przyszłości), czy też rozpoznano u nich dysfunkcję nerek po raz pierwszy w trakcie hospitalizacji z powodu OZW [1]. Niemniej publikowana praca jest ważna i zwraca uwagę na PChN jako dodatkowy czynnik predysponujący do zaburzeń rytmu serca i pogarszający rokowanie wczesne oraz odległe.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

1. Lisowska A, Knapp M, Tycińska A, Musiał WJ, Lisowski P. The incidence and prognostic significance of cardiac arrhythmias in patients with acute coronary syndromes and renal dysfunction. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 1242–1247.
2. Dąbrowski P, Mizia-Steć K, Chudek J. Migotanie przedsionków a przewlekła choroba nerek. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 167–172.
3. Alonso A, Lopez FL, Matsushita K et al. Chronic kidney disease is associated with the incidence of atrial fibrillation: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Circulation*, 2011; 123: 2946–2953.