

ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ.

Зотова Л.А., Якушин С.С., Иванчикова Н.В., Смирнова Е.А., Коротченко Е.В., Петров В.С., Селезнев С.В.

ГОУ ВПО РязГМУ им. Акад. И.П. Павлова Росздрава, кафедра госпитальной терапии с курсом поликлинической терапии. Рязанский областной клинический кардиологический диспансер. Г.Рязань.

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) характеризуется дилатацией полостей сердца и нарушением сократимости миокарда.

Нами обследовано 25 пациентов с установленным диагнозом ДКМП, находившихся на стационарном лечении в РОККД (3 женщины и 22 мужчин). Средний возраст – $47,3 \pm 1,5$ лет. Жалобы на одышку предъявляли 88% больных, их них на одышку в покое – 40%. Перебои в работе сердца отмечали 80%, приступы сердцебиения – 48%. Боли в области сердца беспокоили 64%, их них у 12% боли носили стенокардитический характер. Лишь 48% опрошенных больных предъявляли жалобы на отеки. Быструю утомляемость и слабость отмечали 80% пациентов. Из иных жалоб частыми были жалобы на сухой кашель, головокружение, боли в правом подреберье. Длительность заболевания с момента постановки диагноза на момент госпитализации в среднем составляла $3,08 \pm 0,6$ лет. Первые признаки заболевания появились у больных в среднем в возрасте $42,7 \pm 2,1$ лет.

Средний индекс массы тела $29,2 \pm 2,6$ кг/м², что можно объяснить избыточной задержкой жидкости в организме при данной патологии. Увеличение щитовидной железы наблюдалось у 24% больных: зоб 1 ст. у 6%, зоб 2 ст. у 18%. Хрипы в легких выслушивались у 32%, из них влажные хрипы – у 16%. ЧДД в среднем составляла $21,1 \pm 0,7$ /мин. Набухание шейных вен отмечалось у 24%, у всех в положении лежа. Средняя ЧСС $90,4 \pm 9,7$ /мин. АД при офисном измерении в среднем – $115,3 \pm 3,1$ на $74,4 \pm 2,1$ мм рт ст. Увеличение размеров печени было выявлено у 64% больных, в среднем на $2,2 \pm 0,5$ см. Отеки нижних конечностей выявлены у 48% больных.

С учетом полученных данных при осмотре и опросе, функциональные классы ХСН с помощью шкалы оценки клинического состояния распределились следующим образом: I ФК – 20% больных, II ФК – 12%, III ФК – 40%, IV ФК – 28%. Т.е. можно отметить, что у 68% обследованных пациентов имела хроническая сердечная недостаточность в выраженной форме.

На ЭКГ нарушение ритма сердца по типу фибрилляции предсердий выявлено у 60% больных, экстрасистолии зафиксированы у 12% больных. У 8% больных имела место полная блокада ЛНПГ. У 48% больных выявлены неспецифические изменения в миокарде левого желудочка, у 84% - признаки гипертрофии левого желудочка.

УЗИ сердца проведено всем больным. Получены следующие данные в среднем: АО – $3,3 \pm 0,1$ см, ЛП – $5,3 \pm 0,2$ см, КДР – $7,1 \pm 0,2$ см, КСР – $5,6 \pm 0,3$ см, ФВ $38,8 \pm 2,4$ %. Диффузная гипокинезия миокарда выявлена у 88% больных. ТЗСЛЖ, ТМЖП в норме. ПЗР ПЖ – $3,3 \pm 0,1$ см, легочная гипертензия выявлена у 48% больных, средний градиент давления на ТК $36,4 \pm 3,1$ мм рт ст, регургитация на МК выявлена у всех больных, на АК - у 20%, на ТК - у 84%, на ЛК - у 10%. Размеры ПП в среднем $5,3 \times 6,1$ см. С учетом полученных результатов можно сказать, что у больных наблюдается увеличение как левых, так и правых отделов сердца.

Коронароангиография была проведена в анамнезе у 12% больных (что было вызвано болями в области сердца, изменениями по типу ишемических на ЭКГ), при этом выявлено отсутствие атеросклеротического поражения коронарного русла.

У 14 больных было проведено суточное холтеровское мониторирование ЭКГ. Синусовый ритм – 43% (6 чел.), ФП – 50% (7 чел.), ТП – 7% (1 чел.). Ср ЧСС $87,2 \pm 6,6$ /мин. Нарушение ритма по типу ЭС – 100 %. Пароксизмы желудочковые тахикардии – 21% (3 чел.), Паузы более 2000 мс – 7% (1 чел.).

Т.о., полученные данные, клиническая картина, данные дополнительных исследований у обследованных больных соответствуют данным, встречающимся в литературе.