

# ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ



Врач-кардиолог отделения  
кардиохирургии ИНВХ им.  
В.К. Гусака,

Ассистент кафедры терапии  
ФИПО им. проф. А.И.  
Дядыка, **Куликова С.О.**



Зав. кафедрой терапии ФИПО  
им. проф. А.И. Дядыка, доц., к.м.н.

ст. науч. сотр. отдела неотложной  
кардиологии и кардиохирургии ИНВХ им.  
В.К. Гусака, **Тарадин Г.Г.**

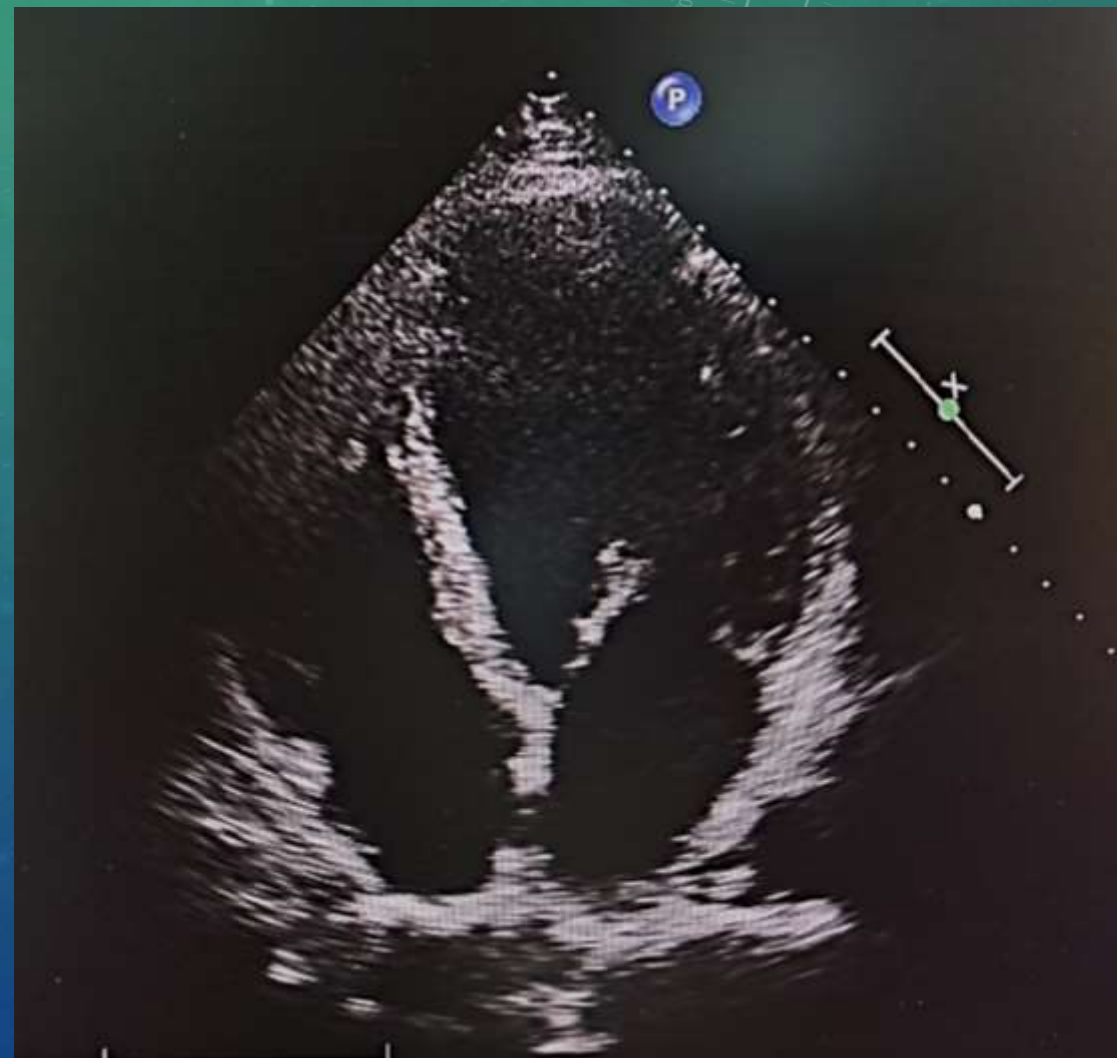


Врач-кардиолог отделения  
кардиохирургии ИНВХ им.  
В.К. Гусака,  
врач функциональной  
диагностики, **Ковальчук Н.О.**

Республиканская научно-практическая интернет-конференция  
«Современные подходы к диагностике и лечению сердечной недостаточности»  
г. Донецк 17 марта 2023 г.

**ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ** – генетическое или приобретенное (полиэтиологическое) заболевание миокарда, характеризующееся левожелудочковой или бивентрикулярной дилатацией и систолической дисфункцией при отсутствии условий перегрузки давлением или объемом (артериальной гипертензии, заболеваний клапанного аппарата или ишемической болезни сердца), достаточных чтобы вызвать дилатацию и глобальные систолические нарушения.

На фоне кардиомегалии увеличивается риск нарушения ритма и проводимости, а также тромбоэмболических осложнений.



## МУЖЧИНА, 59 ЛЕТ.

- Поступил в отделение кардиохирургии ИНВХ им. В.К. Гусака 23.11.2022г.
- **Жалобы** на отеки ног, увеличение живота в объеме, одышку при минимальной физической нагрузке (ФН), в горизонтальном положении, при наклоне вперед, периодически ощущение учащенного сердцебиения, малопродуктивный кашель, быструю утомляемость, общую слабость, снижение аппетита.

# ANAMNESIS MORBI

- Повышение артериального давления (АД) при периодических измерениях не отмечал. Привычными цифрами АД считает 120-130/80-90 мм рт. ст., антигипертензивную терапию не принимает.
- Ранее отеков ног, одышку, боль в предсердечной области, перебоев в работе сердца не отмечал.
- Настоящее ухудшение самочувствия около 1 мес. назад, когда впервые начал отмечать нарастание отеков стоп и голеней к вечеру, которые вначале проходили к утру, а затем стали постоянными и плотными, увеличение живота в объеме. Также возникла и постепенно выросла одышка, снизилась переносимость физических нагрузок.
- Около недели отмечает одышку в горизонтальном положении, ночью, из-за чего вынужден присаживаться в постели, спит с приподнятым изголовьем.
- 16.11.22г. обратился на прием к терапевту по м/ж, осмотрен, даны рекомендации по лечению и дообследованию. В последнее время принимал регулярно Верошпирон 25 мг, Аспаркам, в/в Дексаметазон (одышку связывал с аллергией на мышей, прелость). Отмечал некоторое уменьшение одышки.

# ANAMNESIS VITAE

- Вирусный гепатиты, тифы, ВИЧ, малярию, туберкулез, вен. заболевания отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.
- В регионах, эндемичных по COVID-19 не был. Повышения температуры тела и признаков ОРВИ за последний месяц не отмечал.
- Курил 20 пачко/лет, сейчас не курит. Употребление алкоголя отрицает.
- В ноябре 2021г. перенес ОРВИ с повышением  $T$  тела до  $38^{\circ} C$ , за мед. помощью не обращался, лечился самостоятельно, принимал Арбидол.

# STATUS PRAESENS

- Общее состояние тяжелое. В сознании, адекватный. Телосложение нормостеническое, умеренного питания. ИМТ – 26,5 кг/м<sup>2</sup>. SpO<sub>2</sub>-94%. Кожные покровы обычной окраски и влажности, чистые, теплые. Цианотичный румянец щек, акроцианоз. Периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Грудные железы не изменены. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, справа книзу от середины лопатки притупление легочного звука. Аускультативно дыхание ослабленное везикулярное, рассеянные сухие и влажные хрипы, справа от середины лопатки дыхание резко ослаблено. Одышка в покое не выражена. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены. Деятельность аритмичная за счёт э/с. ЧСС - 92 уд. в мин. АДd=120/80 мм рт.ст. АДs=130/80 мм рт. ст. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот напряжен, безболезненный, увеличен в объеме за счёт асцита. Печень перкуторно на 4 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Петли кишечника глубокой пальпации труднодоступны. Плотные отеки стоп, голеней, бедер, мошонки, передней брюшной стенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физ. отправления: стул регулярный, отмечает уменьшение объема мочи при мочеиспускании.

# ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

<u>Общий анализ крови</u>	Нв – <b>162</b> г/л, RBC – 4,88 Т/л, Ht – 49%, WBC – 7,9 Г/л, э-1, п-8, с-69, м-3, л-19, PLT – 237 Г/л.
<u>Биохимический анализ крови</u>	мочевина – 8,6 ммоль/л, креатинин – 109 мкмоль/л, общий белок – <b>57,0</b> г/л, АСТ – 32 Е/л, АЛТ – 20 Е/л, амилаза – 76 Е/л, билирубин общ. – 15,7 ммоль/л, прямой – 3,4 ммоль/л, непрямой – 12,3 ммоль/л.
<u>Коагулограмма</u>	ПТИ – 71%, ПТВ – 17,1 с, МНО – 1,39.
<u>Общий анализ мочи</u>	р-я кисл, прозр., св. желт, отн. плотн – 1034, белок – <b>0,198</b> г/л, сахар – <b>2,4</b> г/л, Л 2-3 в п/з, эр 1-2 в п/з, эп пл незнач кол-во, ураты единич.
<u>Контроль гликемии</u>	<b>16,1 - 12,9 - 7,2 - 9,5 - 13,5 - 7,1 - 9,7</b> ммоль/л.
<u>Гликозилированный гемоглобин</u>	<b>13,2%</b> . (N 4-6%)

# ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

<u>ЩЖ панель 25.11.22г.</u>	АТ ТПО – 8,13 Ед/мл (N0-30), ТТГ – 2,95 мкМЕ/мл (N-0.23-3.4), Т4 св – 12.21 пмоль/л (N 10.0-23.2), Т3св – 3,57 пмоль/л (N 2,5-7,5).
<u>Маркеры гепатитов В и С, Ig M к COVID-19 от 21.11.22г.</u>	не выявлены.
<u>IgG к COVID-19 от 24.11.22г.</u>	<b>&gt;500 ВАУ/мл (выработан максимальный уровень антител).</b>
<u>Натрий уретический пептид (NT-proBNP) от 24.11.22г.</u>	<b>&gt;2410 пг/мл. (N &lt;100 пг/мл)</b>
<u>Калий крови</u>	23.11.22г – <b>2,83</b> ммоль/л, 25.11.22г – 4,88 ммоль/л, 28.11.22г – 4,37 ммоль/л, 30.11.22г – 4,03 ммоль/л. (N 3,5-5,1 ммоль/л)
<u>Ферритин от 28.11.22г.</u>	171 нг/мл. (N 29-397 нг/мл)
<u>Анализ плевральной жидкости 25.11.22г:</u>	Эр. 1-3 п/з, L- преобладают лимфоциты (10-с, 90- лимфоцитов). Эпителий – наблюдается резко выраженная пролиферация мезотелия. АК и ВК-в доставленном препарате не обнаружены.



# ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

<u>ЭКГ при госпитализации 23.11.22г:</u>	Низкий вольтаж в отведениях от конечностей. Синусовая тахикардия. ЧСС 104 уд в мин. Частая одиночная желудочковая экстрасистолия. Нормальное положение ЭОС. Слабая прогрессия з.Р в отв. V1-V4. Диффузные изменения в миокарде левого желудочка. Данных за острое нарушение коронарного кровообращения нет.
<u>Эхо-КГ от 21.11.2022г.</u>	Ао- 3,2, МЖП-1,0, КДО-193, КСО-160, УО -33. ФВ=18%. ЛП- 4,5*6,0, ПП-5,5*4,7, ПЖ полость-3,1 см. Дилатация всех камер сердца. Сократимость ЛЖ снижена. Недостаточность МК IIст, ТрК IIст. СДЛА- 35 мм рт. ст. Уплотнение МК, АоК, стенок аорты. Сепарация листков перикарда под ПП -7мм.
<u>УЗИ плевральных полостей от 21.11.2022г.</u>	Сепарация плевральных листов справа - 8 см, слева - 1,3 см.
<u>Ro ОГК от 16.11.22г.</u>	Сердце значительно расширено в поперечнике, трапециевидной формы. Легочный рисунок в н/о усилен за счет сосудистого компонента. Междолевая щель справа уплотнена. Заключение: Легкие норма. Кардиомегалия.
<u>УЗИ ОБП от 18.11.22г.</u>	Эхопризнаки асцита, диффузных изменений печени, нормальной картины селезенки, желчного пузыря и селезенки, микролитов почек.
<u>УЗИ ЩЖ от 18.11.22г.</u>	Эхопризнаки нормальной картины щитовидной железы.
<u>Коронароангиография от 29.11.22г.</u>	ЛКА и ПКА без окклюзионно-стенотических поражений. Тип кровоснабжения левый.

**Диагноз при госпитализации: Дилатационная кардиомиопатия.**

Осл: Синусовая тахикардия от 23.11.22.  
Одиночная желудочковая экстрасистолия. СН2Б со сниженной систолической функцией левого желудочка (ФВ=18% по данным Эхо-КГ от 21.11.2022г). Анасарка. Кардиальная астма на догоспитальном этапе. ФКIII.

Соп: Хронический бронхит с астматическим компонентом в стадии ремиссии.

**Диагноз при выписке: Дилатационная кардиомиопатия.**

Осл: Недостаточность МК IIст, ТК-IIст. Вторичная легочная гипертензия (СДЛА- 35 мм рт. ст.). Синусовая тахикардия от 23.11.22. Одиночная желудочковая экстрасистолия. СН2Б-А со сниженной систолической функцией левого желудочка (ФВ=24% по данным Эхо-КГ от 30.11.2022г). Анасарка. Кардиальная астма на догоспитальном этапе. ФКIII.

Соп: Впервые выявленный СД, тип 2, субкомпенсация. Хронический бронхит с астматическим компонентом в стадии ремиссии.

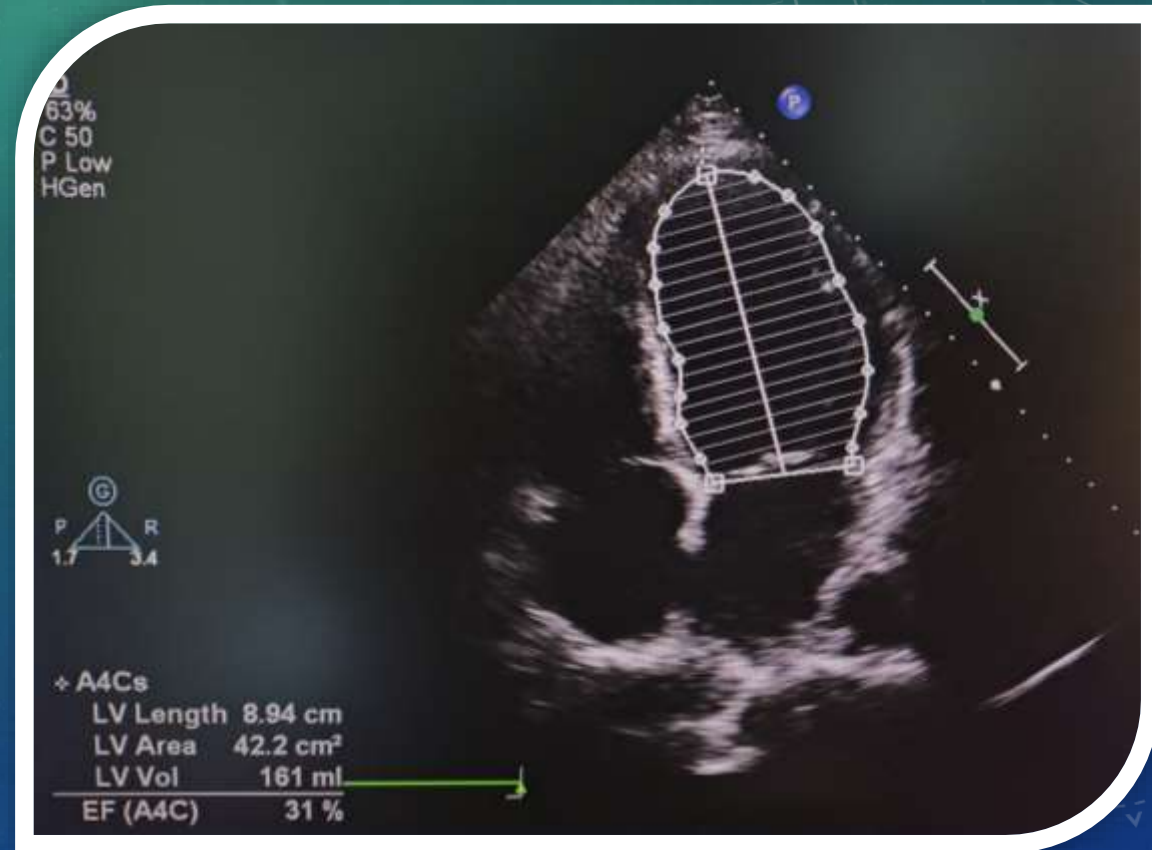
# ЭКГ

При госпитализации	При выписке	Контроль через 4 месяца
<p>Низкий вольтаж в отведениях от конечностей. Синусовая тахикардия. ЧСС 104 уд в мин. Частая одиночная желудочковая экстрасистолия. Нормальное положение ЭОС. Слабая прогрессия з.R в отв. V1-V4. Диффузные изменения в миокарде левого желудочка. Данных за острое нарушение коронарного кровообращения нет.</p>	<p>Ритм синусовый, регулярный. ЧСС 90 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. Слабая прогрессия з.R в отв. V1-V3. Слабоотрицат. з.Т. в отв. I, II, aVF, отрицательный з.Т и депрессия сегмента ST до 0,5-1,0 мм в V4-V6. Диффузные изменения в миокарде левого желудочка.</p>	<p>Ритм синусовый, регулярный. ЧСС 82 уд в мин. Нормальное положение ЭОС. Слабая прогрессия з.R в отв. V1-V3. Слабоотрицат. з.Т. в отв. I, II, aVF, V4-V6. Диффузные изменения в миокарде левого желудочка.</p>

# ЭХОКГ

При госпитализации	При выписке	Контроль через 4 месяца
<p>Ао- 3,2, МЖП-1,0, КДО-193, КСО-160, УО -33. ФВ=18%. ЛП- 4,5*6,0, ПП-5,5*4,7, ПЖ полость-3,1 см. Дилатация всех камер сердца. Сократимость лж снижена. Недостаточность МК IIст, Тк-IIст. СДЛА- 35 мм рт. ст. Уплотнение Мк, Аок, стенок аорты. Сепарация листков перикарда под ПП -7мм. Сепарация плевральных листов справа - 8 см, слева - 1,3 см.</p>	<p>Эхо-КГ контроль 30.11.22: КДО-220 мл, ФВ=23-24%, сепарация плевральных листков справа 1,5см, слева нет.</p>	<p>Ао- 3,6, МЖП-1,0, КДО-220, КСО-155, УО -65. ФВ=31%. ЛП- 3,7*4,6, ПП-5,2*4,2, ПЖ полость-3,1 см. Дилатация всех камер сердца. Сократимость лж снижена. Недостаточность МК I-IIст, Тк-I-IIст. СДЛА - 25 мм рт. ст. Уплотнение Мк, Аок, стенок аорты. В перикарде и плевральных полостях выпота нет.</p>

# ЭХОКГ-КОНТРОЛЬ ЧЕРЕЗ 4 МЕСЯЦА



# ЛЕЧЕНИЕ

В условиях к/х отделения	При выписке	На 07.03.2023г (контроль)
<p>В отделении реанимации и интенсивной терапии кардиохирургии проведена в/в инфузия Симдакса (Левосимендан), диуретическая терапия, инфузии коллоидов и кристаллоидов, поддержка электролитного баланса. Выполнена пункция правой плевральной полости, эвакуировано 800 мл светло-соломенной жидкости.</p> <p>Валсартан/сакубитрил 50 мг * 2 р/д. Эспиро 50 мг * 2 р/д. Карведилол 3,125 * 2 р/д. Кордарон 200 мг 1 таб в обед. Дапаглифлозин 10 мг * 1 р/д, утром. Предуктал ОД 80 мг * 1 р/д, утром. Ксарелто 20 мг * 1 р/д в 15.00. Аспаркам 1 таб. * 2 р/д. Пантопразол 20 мг за 30 мин до завтрака. Метформин 1000 мг после ужина.</p>	<p>Валсартан/сакубитрил 50 мг * 2 р/д. Дапаглифлозин 10 мг * 1 р/д, утром. Карведилол 3,125 * 2 р/д. Эспиро 50 мг * 1 р/д, утром. Ксарелто 20 мг * 1 р/д в 15.00. Амиодарон 200 мг 1 таб * 1 р/д, 1 месяц. Предуктал ОД 80 мг * 1 р/д, утром. Аспаркам 1 таб. * 2 р/д. Пантопразол 20 мг за 30 мин до завтрака. Метформин 1000 мг после ужина.</p>	<p>Валсартан/сакубитрил 100 мг * 2 р/д. Дапаглифлозин 10 мг * 1 р/д, утром. Карведилол 6,25 * 2 р/д. Эспиро 50 мг * 1 р/д, утром. Ксарелто 20 мг * 1 р/д в 15.00. Пантопразол 20 мг за 30 мин до завтрака. Метформин 1000 мг после ужина.</p>

## ВЫВОДЫ:

- Представлен случай дилатационной кардиомиопатии с выраженной декомпенсацией сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса.
- Больной обследован, в том числе отмечено значительное повышение уровня *NT-proBNP*, на ЭхоКГ выявлена выраженная дилатация всех камер сердца, атеросклеротическое поражение венечных артерий было исключено при коронароангиографии.
- В условиях стационара больному проведены в/в инфузия Левосимендана, диуретическая терапия, коррекция электролитных нарушений, пункция правой плевральной полости, на фоне чего отмечалось уменьшение отечного синдрома и одышки, некоторое увеличение систолической функции левого желудочка (ФВ с 18% до 24%).
- Больному подобрана медикаментозная терапия, выписан с улучшением на амбулаторное наблюдение.
- При контрольном осмотре **через 4 месяца** больной отмечает улучшение переносимости физических нагрузок, улучшение качества жизни. В объективном статусе признаков застоя по малому и большому кругам кровообращения нет. При ЭхоКГ - некоторое увеличение систолической функции левого желудочка (ФВ возросла до 31%). Также отмечается уменьшение *NT-proBNP* с >2410 пг/мл до 1425,4 пг/мл. Скорректированы дозы лекарств.
- Рекомендовано продолжить прием препаратов с последующим осмотром через 3 месяца.



БЛАГОДАРИМ ЗА ВНИМАНИЕ!