

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ
ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В
СТАЦИОНАР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Э.Н. ТАШКЕНБАЕВА, Г.И. СУННАТОВА, Г.Т. МАДЖИДОВА, С.Н. ЭЛЛАМОНОВ,
Ю.Ш. ШАРАПОВА, Э.А. АБДИНОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

**ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ШИФОХОНАСИГА ЁТҚИЗИЛГАН ДИЛАТАЦИОН
КАРДИОМИОПАТИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРДА ЮРАК ЕТИШМОВЧИЛИГИ
РИВОЖЛАНИШИНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ**

Э.Н. ТАШКЕНБАЕВА, Г.И. СУННАТОВА, Г.Т. МАДЖИДОВА, С.Н. ЭЛЛАМОНОВ,
Ю.Ш. ШАРАПОВА, Э.А. АБДИНОВА

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.
Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали

**FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF HEART FAILURE IN DILATED CARDIOMYOPATHY
IN PATIENTS HOSPITALIZED IN THE HOSPITAL EMERGENCY MEDICAL CARE**

E.N. TASHKENBAYEVA, G.I. SUNNATOVA, G.T. MAJIDOVA, S.N. ELLAMONOV,
Yu.Sh. SHARAPOVA, E.A. ABDINOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand
Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care

Дилатацион кардиомиопатия – миокард касаллиги бўлиб, юрак камералари ўлчамларининг кучайиб борувчи кенгайиб кетиши ва миокард қисқарувчанлик функциясининг пасайиши билан характерланади; оғир юрак етишмовчилигининг асосий сабаби бўлиб, охир – оқибат юрак трансплантациясига эҳтиёж туғилишига олиб келади. Популяцияда касалликнинг юзага келиш частотаси 36,5:100 000 аҳолига тўғри келади. 20-30% ҳолатларда ДКМП оилавий характерга эга бўлади. Кўпинча ДКМП юрак етишмовчилиги юзага келиб бўлгандан сўнг диагностика қилинади.

Калит сўзлар: ДКМП, юрак етишмовчилиги, қон ҳайдаш фракцияси.

Dilated cardiomyopathy is a disease of the myocardium, characterized by a progressive increase in the size of the heart chambers and a decrease in myocardial contractility; it is the most common cause of severe heart failure, in which, subsequently, heart transplantation is required. The incidence of the disease in the population is about 36.5: 100 000 population. In 20-30% of cases, DCM is of a family nature. Most often, DCM is diagnosed already with the development of heart failure.

Key words: DCM, heart failure, ejection fraction.

Актуальность. В последние годы среди терапевтических больных, госпитализированных в службу экстренной медицинской помощи, возросло число пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) [3, 7]. Дилатационная кардиомиопатия - заболевание миокарда, характеризующееся прогрессирующим увеличением размеров камер сердца и снижением сократительной способности миокарда; оно является наиболее частой причиной тяжелой сердечной недостаточности, при которой, в последующем требуется трансплантация сердца [2, 6]. Частота развития заболевания в популяции составляет около 36,5:100 000 населения. В 20-30% случаев ДКМП имеет семейный характер [4, 8].

Чаше всего ДКМП диагностируется уже при развитии сердечной недостаточности. Как правило, установить время начала заболевания не

удаётся, так как оно долгое время протекает бессимптомно. Сроки от появления первых симптомов заболевания до выраженной сердечной недостаточности разнообразны [1, 2, 9].

Сердечная недостаточность при ДКМП занимает среди проблем современной кардиологии особое место по своей актуальности. Изучение проблемы сердечной недостаточности у больных ДКМП вызывает особый интерес клиницистов, что обусловлено трудностями диагностики, отсутствием четко очерченной картины и полиморфизмом заболевания [3, 5].

Цель исследования. Изучить особенности развития и диагностики сердечной недостаточности у больных ДКМП, обратившихся за медицинской помощью в Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 42 больных ДКМП. Среди всех обследованных женщины составили 33,3%, мужчины - 66,7%. Таким образом, ДКМП чаще была зарегистрирована среди лиц мужского пола. При постановке диагноза, определении тяжести заболевания при объективном осмотре особое внимание было уделено признакам сердечной недостаточности и перегрузки объемом, которые оценивались следующими симптомами: тахипное, тахикардия, артериальная гипертензия, гипоксия, набухание яремных вен, отек легких (крепитация и/или дистантные хрипы), ритм галопа, увеличение печени и/или признаки портальной гипертензии, периферические отеки, периферический цианоз.

Всем пациентам проводилось клиническое и инструментальное обследование, включающее ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ЭхоКГ с расчетом показателей центральной гемодинамики на аппарате фирмы SonoScape (Германия). За основу оценки степени тяжести систолической дисфункции левого желудочка, лежащей в основе сердечной недостаточности, положены эхокардиографические показатели. При проведении ЭхоКГ выявлено выраженное снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ).

Результаты исследования показали, что в возрасте до 30 лет было 15 больных, что составило 36%, 31-50 лет 20 больных 48%, свыше 50 лет - 7 (16%) больных, таким образом у больных госпитализированных в СФ РНЦЭМП ДКМП наиболее часто была выявлена у лиц молодого и среднего возрастов.

У 28% больных давность заболевания составила до 1 года, у 62 % - 1-5 лет и у 10% свыше 5 лет. В наших исследованиях преобладали больные с давностью заболевания 1-5 лет.

Анализ истории болезни, амбулаторных карт, анамнеза заболевания, опрос родственников больных в наших исследованиях показали, что в 57,1% случаев заболевание началось симптомами сердечной недостаточности, у 33,3% пациентов (14 из 42 больных) в дебюте заболевания отмечали другие признаки поражения сердца: 8 больных - боль в области сердца (19,0%) и 6 больных - сердцебиение (14,2%). У 4 больных (5,4%) ДКМП началась симптомами, не имеющими прямого отношения к поражению сердца: головными болями у 2 больных (4,7%), болями в области суставов у 2 больных (4,7%). У них признаки дилатации были выявлены при ЭхоКГ. В наших наблюдениях при поступлении в стационар у всех больных были выявлены признаки хронической сердечной недостаточности: в 4,7% - I ФК по NYHA классификации, в 50,0% - II ФК, в 40,4% III ФК и в 4,7% - IV ФК нарушения кровообращения. При изучении анамнеза у 25,5% больных развитие сердечной

недостаточности связали с физическим переутомлением, 21,4% - с ОРЗ, у остальных отмечалась «беспричинная» сердечная недостаточность.

В момент осмотра 14 больных (33,3%) указали на наличие боли в области сердца. Боль была тупого характера, разлитая, без иррадиации, без четких связей с физическими нагрузками.

Сердцебиение является самым частым симптомом сердечной недостаточности при ДКМП. В наших исследованиях на сердцебиение жаловались все больные. У 29 больных (69,1%) сердцебиение ощущалось постоянно, у 13 больных (30,9%) - возникало приступообразно. Ощущение перебоев в работе сердца сопровождалось чувством замирания, "кувыркания" или остановки сердца. При электрокардиографическом исследовании этих больных наиболее часто обнаруживались различные нарушения сердечного ритма и проводимости. Нарастание степени сердечной недостаточности сопровождалось повышением тяжести нарушений сердечного ритма и проводимости, причем, такие тяжелые нарушения ритма как мерцательная аритмия, политропные экстрасистолы, тяжелые блокады были характерны для сердечной недостаточности III ФК и IV ФК. В целом, число сердечных сокращений при ДКМП, в среднем составило - $106,2 \pm 2,4$ ударов. Нарушение сердечного ритма по типу фибрилляции предсердий отмечалось у 23 больных (54,7%), желудочковой экстрасистолы у 9 больных (21,4%).

Наряду с сердцебиением, одним из самых частых симптомов сердечной недостаточности у больных ДКМП была одышка (dyspnoe). Частота одышки составила 92,8%. По распространенности третьим симптомом сердечной недостаточности при ДКМП явился цианоз, частота которого составила 66,6% (у 28 больных). Умеренно выраженные отеки были обнаружены - у 14 (33,3%), выраженные отеки - у 19 (45,2%), большие отеки - у 5 больных (11,9%). Вследствие снижения сократительной функции миокарда и его диастолического наполнения размеры сердца были увеличены у всех больных: у 6 больных влево и вниз (14,3%). У 36 больных - в поперечнике (85,7%). При аускультации у 28 больных (66,6%) на верхушке сердца отмечалось ослабление I тона, обусловленное прежде всего мышечным его компонентом, а также повышенным наполнением дилатированного левого желудочка. У 16 больных (38,0%) характерным признаком поражения мышцы сердца явился систолический шум на верхушке, не проводящийся за пределы проекции сердца, у 5 больных (11,9%) - появление систолического шума у основания мечевидного отростка. Характерной особенностью ДКМП явилось появление патологического маятникообразного ритма у 29 больных (69,0%). При аускультации легких отмечалось ослабление везикулярного дыхания у

26 больных (61,9%), выслушивались застойные хрипы у 17 - в нижних отделах (40,4%), у 9 больных (21,4%) - на всем протяжении легких. Прочие симптомы в наших исследованиях встречались со следующей частотой: отеки - у 57,1 %, гепатомегалия - у 26,0%, асцит - у 21,4%, гидроторакс - у 11,9% больных.

Выводы. Таким образом, больные с ДКМП в Самаркандском филиале РНЦЭМП госпитализируются с болями в области сердца и нарушениями ритма и проводимости. Быстрое развитие сердечной недостаточности, высокая частота гепатомегалии, асцита, гидроторакса, отеков, фибрилляций предсердий и экстрасистолии отражает сравнительно тяжелую клиническую картину у больных с ДКМП и являются основными факторами уменьшения продолжительности жизни пациентов.

Литература:

1. Абдуллаев Т.А. Редкие кардиомиопатии. / Клиническое руководство под редакцией Р.Д. Курбанова. - Ташкент-2016. С-119.
2. Алексеева Ю. М., Потиевская В.И., Кононенко М.В., и др. Современный подход к лечению дилатационной кардиомиопатии: сулучай из практики // Клиническая практика.-2014-№1, С-17-25.
- 3.Насырова З. А. и др. Влияние гиперурикемии на клиническое течение и развитие осложнений ИБС //Наука и образование: проблемы и стратегии развития. – 2017. – Т. 2. – №. 1. – С. 34-37.
- 4.Ташкенбаева Э.Н., Зиядуллаев Ш.Х., Тогаев Д.Х., и др. Перипортальная кардиомиопатия // Проблемы биологии и медицины.-2016-№2, С-152-155.
- 5.Ташкенбаева Э. Н. Гиперурикемия в механизмах развития метаболического синдромаи сердечно-сосудистых осложнений //Медицинский журнал Узбекистана. – 2006. – Т. 4. – С. 91-95.
- 6.Шодикулова Г. З., Ташкенбаева Э. Н. Состояние функции эндотелия и протективный эффект ионов магния (Mg 2) у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани с врожденным пролапсом митрального клапана //Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Т. 2. №. 2.

7.Malik A. et al. Hypertension-related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan //Nagoya journal of medical science. – 2014. – Т. 76. – №. 3-4. – С. 255.

8.Tashkenbayeva E. N., Alyavi A. L., Togayev D. K. Bessimptomnaya giperurikemiya, patogeneticheskiye aspekty, klinika prognozirovaniye i korrektsiya [Asymptomatic hyperuricemia, pathogenetic aspects, clinic forecasting and correction]. – 2014.

9.Shamsiyev A. M., Khusinova S. A. The Influence of Environmental Factors on Human Health in Uzbekistan //The Socio-Economic Causes and Consequences of Desertification in Central Asia. – Springer, Dordrecht, 2008. – С. 249-252.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СТАЦИОНАР ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Э.Н. ТАШКЕНБАЕВА, Г.И. СУННАТОВА,
Г.Т. МАДЖИДОВА, С.Н. ЭЛЛАМОНОВ,
Ю.Ш. ШАРАПОВА, Э.А. АБДИНОВА

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Дилатационная кардиомиопатия – заболевание миокарда, характеризующееся прогрессирующим увеличением размеров камер сердца и снижением сократительной способности миокарда; оно является наиболее частой причиной тяжелой сердечной недостаточности, при которой, в последующем требуется трансплантация сердца. Частота развития заболевания в популяции составляет около 36,5:100 000 населения. В 20-30% случаев ДКМП имеет семейный характер. Чаше всего ДКМП диагностируется уже при развитии сердечной недостаточности.

Ключевые слова: ДКМП, сердечная недостаточность, фракция выброса.