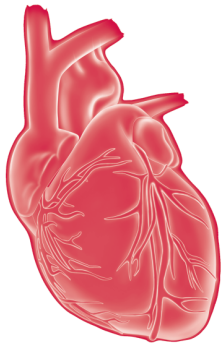
КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Дилатационная кардиомиопатия у пациента 34 лет после перенесенного миокардита



Шкаева О.В.[1],
Кочарова К.Г.[2],
Дупляков Д.В.[1, 2]

[1] ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия
[2] ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия

Миокардит может протекать под маской большинства распространенных заболеваний сердца. При этом необходимо вовремя сопоставить имеющиеся клинические проявления с данными лабораторно-инструментальных исследований для постановки верного диагноза и определения дальнейшей тактики ведения пациента. В статье представлен клинический случай, который показывает течение миокардита с исходом в дилатационную кардиомиопатию с быстрым снижением работоспособности сердца и развитием декомпенсации, несмотря на молодой возраст пациента и проводимую терапию. Представленное наблюдение демонстрирует важность своевременной диагностики, адекватно подобранной терапии и индивидуального подхода при ведении пациентов с заболеваниями сердца.

Ключевые слова: миокардит, дилатационная кардиомиопатия, трансплантация сердца

Для цитирования: Шкаева О.В., Кочарова К.Г., Дупляков Д.В. Дилатационная кардиомиопатия у пациента 34 лет после перенесенного миокардита // Кардиология: новости мнения, обучение. 2019. Т. 7, № 1. С. 60–63. doi: 10.24411/2309-1908-2019-11008.
Статья поступила в редакцию 24.01.2019. **Принята в печать** 14.02.2019.

Dilated cardiomyopathy in a 34-year-old patient after myocarditis

Shkaeva O.V.[1], *Kocharova K.G.*[2], *Duplyakov D.V.*[1, 2]

[1] Samara State Medical University, Samara, Russia
[2] Samara Regional Clinical Cardiological Dispensary, Samara, Russia

Myocarditis can occur under the guises of the most common heart disease. At the same time, it is necessary to compare present clinical findings with data from tests for making correct diagnosis and determining further management tactics. In the article a clinical case which shows course of myocarditis with an outcome in dilated cardiomyopathy with rapid decrease of heart performance and development of decompensation, despite young age and conduct therapy is represented. The presented observation demonstrates importance of timely diagnosis, adequately selected therapy and individual approach in management of the patient with cardiovascular disease.

Keywords: myocarditis, dilated cardiomyopathy, heart transplantation

For citation: Shkaeva O.V., Kocharova K.G., Duplyakov D.V. Dilated cardiomyopathy in a 34-year-old patient after myocarditis. Kardiologiya: novosti, mneniya, obuchenie [Cardiology: News, Opinions, Training]. 2019; 7 (1): 60–3. doi: 10.24411/2309-1908-2019-11008. (in Russian)
Received 24.01.2019. **Accepted for publication** 14.02.2019.

Миокардит – очаговое или диффузное воспаление миокарда. В воспалительный процесс могут вовлекаться как кардиомиоциты, так и интерстициальная ткань. Диагностика миокардита весьма сложна из-за неоднородности и неспецифичности клинических проявлений. Ввиду этого распространенность миокардита серьезно недооценивается. Частота миокардитов варьирует от 20 до 30% всех некоронарогенных заболеваний сердца. По данным патологоанатомических вскрытий, воспалительное поражение миокарда определяется в 3–5% случаев. Обнаружено, что у лиц, умерших в возрасте моложе 35 лет, с неустановленной причиной смерти миокардит при вскрытии выявляют примерно в 42% случаев [1]. Важно отсутствие типичных проявлений для данного заболевания и наличие разнообразных вариантов течения миокардита. Раннее распознавание признаков данного заболевания определяет успешность диагностики миокардита в повседневной практике врача.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент Д., 34 года, поступил в стационар в феврале 2018 г. с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке и в покое, отеки нижних конечностей, общую слабость.

Известно, что в 2011 г. пациент перенес острый миокардит; данные магнитно-резонансной томографии (МРТ) сердца от 25.05.2011: миокардит в проекции 5, 6, 11 и 12-го сегментов миокарда левого желудочка. В 2012 г. он находился на стационарном лечении с диагнозом: дилатационная кардиомиопатия как исход перенесенного мио-

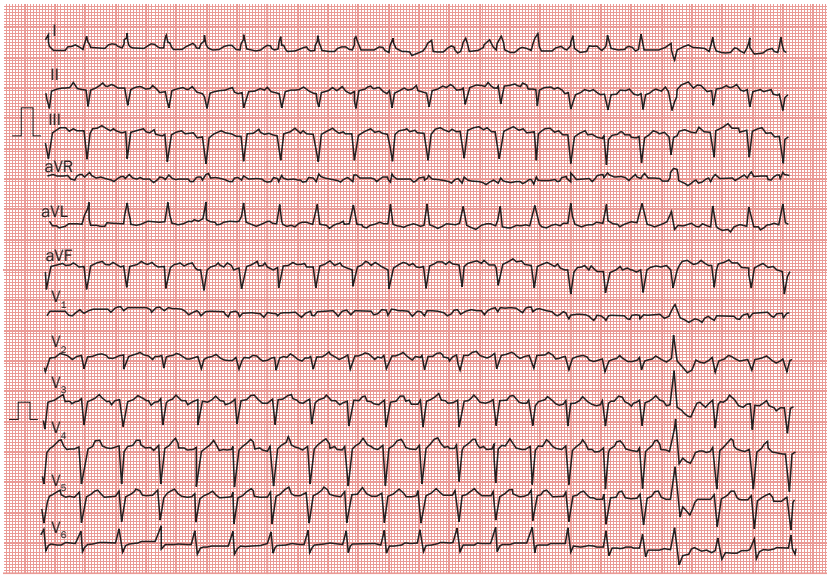


Рис. 1. Исходная электрокардиограмма пациента Д.

кардита. Относительная недостаточность митрального клапана I–II степени. Легочная гипертензия. Рецидивирующая сердечная астма, купирована. Правосторонний гидроторакс. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II Б. NYHA III функционального класса (ФК).

В последующие годы известно о двух госпитализациях по поводу декомпенсации ХСН в 2017 и 2018 гг. Во время госпитализации в 2017 г. по данным эхокардиография (ЭхоКГ) фракция выброса левого желудочка по Simpson составляла 22%, конечно-систолический объем левого желудочка (КСО ЛЖ) 173 мл, конечно-диастолический объем левого желудочка (КДО ЛЖ) – 222 мл. Отмечено диффузное снижение сократительной способности ЛЖ и ПЖ. Предполагаемое давление в ПЖ 55 мм рт.ст. Относительная недостаточность митрального клапана II степени, трехстворчатого клапана I–II степени. Пациент выписался с улучшением самочувствия и рекомендациями по дальнейшему амбулаторному приему лекарственных средств: бисопролол – 2,5 мг 1 раз в день; периндоприл – 1,25 мг 1 раз в день; ивабрадин – 5 мг 2 раза в день; дигоксин – 0,0125 мг 2 раза в день; спиронолактон – 25 мг 1 раз в день торасемид – 10 мг 1 раз в день; триметазидин – 80 мг 1 раз в день.

Объективные данные при поступлении в 2018 г.: состояние средней степени тяжести. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 19 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные, экстрасистолия 3–4 в минуту. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 98 в минуту. Артериальное давление (АД) на обеих руках 100 и 70 мм рт.ст. Печень при пальпации выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеки нижних конечностей до верхней трети голеней.

ЭКГ при поступлении: ритм синусовый с ЧСС 121 в минуту. Электрическая ось сердца (ЭОС) отклонена резко влево. Блокада передневерхнего разветвления левой ножки пучка Гиса. Желудочковая экстрасистолия (рис. 1).

ЭхоКГ от февраля 2018 г.: фракция выброса (ФВ) по Simpson 24%. Конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) – 74 мм. КДО ЛЖ – 303 мл. Конечно-систолический размер левого желудочка (КСР ЛЖ) 68 мм. КСО ЛЖ – 229 мл. Левое предсердие: 59×60м74 мм; правый желудочек: 50 мм; индекс TAPSE 1,35. Недостаточность митрального клапана III–IV степени. Недостаточность трикуспидального клапана III степени. Расчетное давление в правом желудочке – 58 мм рт.ст.

Рентгенография органов грудной клетки от февраля 2018 г.: легочные поля прозрачные. Сосудистый рисунок усилен в верхнемедиальных отделах за счет умеренного застоя. Корни малоструктурные. Диафрагма занимает обычное положение, синусы свободны. Сердце расширено влево за счет увеличения левых отделов. Аорта без особенностей. Заключение: умеренный застой в легких. Кардиомегалия (рис. 2).

На основании клинических данных выставлен диагноз: дилатационная кардиомиопатия как исход перенесенного ранее миокардита. Недостаточность митрального клапана III–IV степени. Недостаточность трикуспидального клапана III степени. Желудочковая экстрасистолия 4б градации по Lown. Рецидивирующая сердечная астма, купирована. Н IIБ. NYHA IV ФК. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая болезнь почек (ХБП) III степени.

При поступлении пациент был госпитализирован в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), где получал терапию левосименданом. После стабилизации состояния переведен в кардиологическое отделение, где получал консервативную терапию ХСН: торасемид 10 мг 2 раза в день; спиронолактон 25 мг 2 раза в день; ивабрадин 5 мг 2 раза в день; триметазидин 35 мг 2 раза в день; калия и магния аспарагинат 10,0 внутривенно капельно; фуросемид 2,0 внутривенно.

В связи с выраженным снижением сократительной способности сердца, тяжелой рефрактерной сердечной

недостаточностью пациент консультирован трансплантологом – показана трансплантация сердца. Пациент переведен в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова» Минздрава России санитарным транспортом для проведения операции по трансплантации сердца.

После операции пациент чувствует себя удовлетворительно. Послеоперационных осложнений нет. По ЭхоКГ ФВ 60%.

ОБСУЖДЕНИЕ

В большинстве случаев миокардит протекает бессимптомно и заканчивается полным выздоровлением. При появлении клинических проявлений прогноз хуже: выздоровление наступает только в половине случаев, у остальных развивается дилатационная кардиомиопатия [4]. Представленный клинический случай показывает один из вариантов течения миокардита. Несмотря на проведение адекватного лечения, у данного пациента снижалась сократительная способность сердца, что привело к развитию тяжелой рефрактерной сердечной недостаточности и послужило показанием для трансплантации сердца. После проведенной операции значительно улучшилось качество жизни пациента. Имеются данные, согласно которым при современной иммуносупрессивной терапии 5-летняя выживаемость больных с пересаженным сердцем достигает 70–80%, причем $^{2}/_{3}$ из них спустя 1 год после операции возвращаются к труду [3].

Наш пациент спустя год после проведенной операции чувствует себя удовлетворительно, ведет активный образ жизни, принимает иммуносупрессивную терапию. По данным ЭхоКГ, ФВ – 61%, проявления сердечной недостаточности отсутствуют.

У представленного пациента течение заболевания носило прогрессирующий характер с развитием дилатационной кардиомиопатии и, как следствие, развитием рефрактерной хронической сердечной недостаточности несмотря на проводимую терапию. Это показывает необходимость тщательного обследования пациентов с широкораспространенными, неспецифичными симптомами. Вовремя назначенная оптимальная медикаментозная терапия приводит к снижению риска развития осложнений, пролонгированию компенсированной формы заболевания, что способствует улучшению качества жизни пациента и увеличению продолжительности жизни с данной патологией.

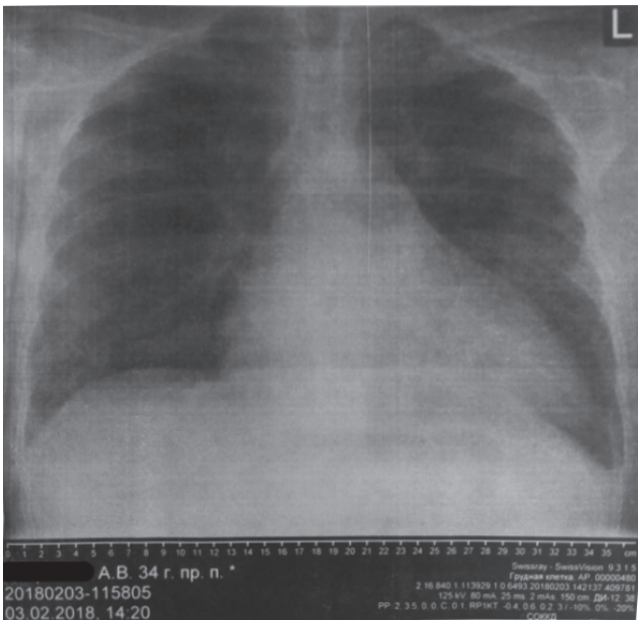


Рис. 2. Рентгенография органов грудной клетки

При развитии дилатационной кардиомиопатии с исходом в рефрактерную не поддающуюся лечению хроническую сердечную недостаточность с выраженным снижением качества жизни пациента стоит рассмотреть вопрос о трансплантации сердца, учитывая риск и пользу от проведения оперативного лечения. В нашем случае трансплантация сердца использовалась ввиду молодого возраста пациента, структурных изменений сердца, выраженных клинической картины и ограничений в повседневной жизни в связи проявлениями заболевания, ухудшением качества жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миокардит является одним из самых труднораспознаваемых заболеваний в клинике внутренних болезней. Не имея ни одного специфичного симптома, он может имитировать как большинство распространенных заболеваний сердца, так и некоторые относительно редкие формы кардиомиопатий [2], что еще раз подтверждает необходимость тщательной диагностики для своевременной постановки диагноза и более раннего начала терапии, учитывающей особенности каждого конкретного случая.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Шкаева Оксана Викторовна (Shkaeva Oksana V.) – клинический ординатор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия
E-mail: oksana-akulova@bk.ru
https://orcid.org/0000-0003-0209-2271

Кочарова Кристина Гарриевна (Kocharova Kristina G.) – врач-кардиолог 6-го кардиологического отделения ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», Самара, Россия
E-mail: krkocharova@yandex.ru
https://orcid.org/0000-0002-0907-9945
Дупляков Дмитрий Викторович (Duplyakov Dmitriy V.) – доктор медицинских наук, заместитель главного врача ГБУЗ «Самарский областной клинический кардиологический диспансер», профессор кафедры кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии Института профессионального образования ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Самара, Россия
E-mail: duplyakov@yahoo.com
https://orcid.org/0000-0002-6453-2976

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальное общество по изучению сердечной недостаточности и заболеваний миокарда. Миокардиты : клинические рекомендации. 2016. С. 9–10.
2. Благова О.В., Недоступ А.В. Современные маски миокардита (от клинических синдромов к диагнозу) // Рос. кардиол. журн. 2014. № 5. С. 13–22.
3. Сабиров Л.Ф., Фролова Э.Б., Мухаметшина Г.А., Сафаргалиева Л.Х. и др. Дилатационная кардиомиопатия // Вестн. соврем. клин. мед. 2012. № 3. С. 56–63.
4. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Одинцов В.В., Орлов О.В. и др. Миокардиты. // Рос. кардиол. журн. 2009. № 1. С. 87–96.

REFERENCES

1. The National society for the study of heart failure and myocardial diseases. Myocarditis: Clinical guidelines. 2016: 9–10. (in Russian)
2. Blagova O.V., Nedostup A.V. Modern masks of myocarditis (from clinical syndromes to diagnosis). Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. 2014; (5): 13–22. (in Russian)
3. Sabirov L.F., Frolova E.B., Mukhametshina G.A., Safargaliyeva L.Kh., et al. Dilated cardiomyopathy. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny [Bulletin of Modern Clinical Medicine]. 2012; (3): 56–63. (in Russian)
4. Skvortsov V.V., Tumarenko A.V., Odintsov V.V., Orlov O.V., et al. Myocarditis. Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal [Russian Journal of Cardiology]. 2009; (1): 87–96. (in Russian)