



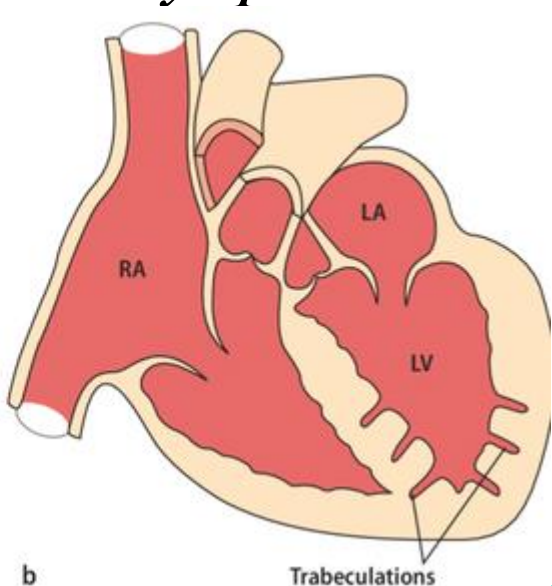
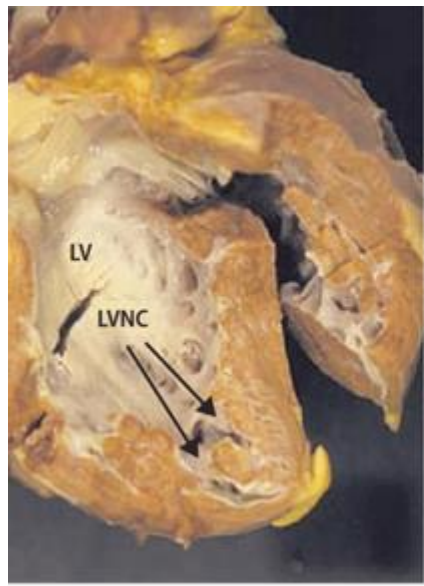
«Повышенная трабекулярность миокарда в практике кардиолога. Клинический случай»



Штигун Н.В¹, Солодовникова С.В², Данилова О.И.²

Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения учреждения образования «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь¹

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь²



Аннотация

В 2023 году рабочая группа Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с КМП обновила существующую клиническую классификацию кардиомиопатий (КМП), включив в нее новую фенотипическую классификацию, одновременно предоставив концептуальную основу для диагностики и лечения. Эта номенклатура побуждает врачей рассматривать кардиомиопатию как причину нескольких клинических проявлений (например, аритмии, сердечная недостаточность). Гипертрабекуляция левого желудочка (ГТЛЖ) или некомпактность левого желудочка в последнее время вновь привлекли к себе внимание, поскольку новые морфогенетические исследования изменили теорию развития трабекулярного и компактного миокарда. Некомпактный миокард (НМ) рассматривается как фенотипический признак, а не как отдельная кардиомиопатия. Согласно литературным данным НМ длительное время может протекать без клинических проявлений. При наличии симптомной ГТЛЖ, основными жалобами пациентов с НМ являются повышенная утомляемость, одышка, главными клиническими проявлениями – сердечная недостаточность, желудочковые аритмии, системные и легочные эмболии. По литературным данным, распространенность НМ составляет 0,14% в общей популяции в целом и 1,26% среди детского населения.

Цель работы

Представить описание клинического случая у пациента с НМ. А также обратить внимание врачей амбулаторного звена на важность своевременной диагностики, необходимости назначения адекватного лечения для профилактики осложнений связанных с заболеванием, своевременном лечении коморбидной патологии и комплексному подходу в ведении пациентов с некомпактным миокардом на разных уровнях оказания медицинской помощи.

Материалы и методы

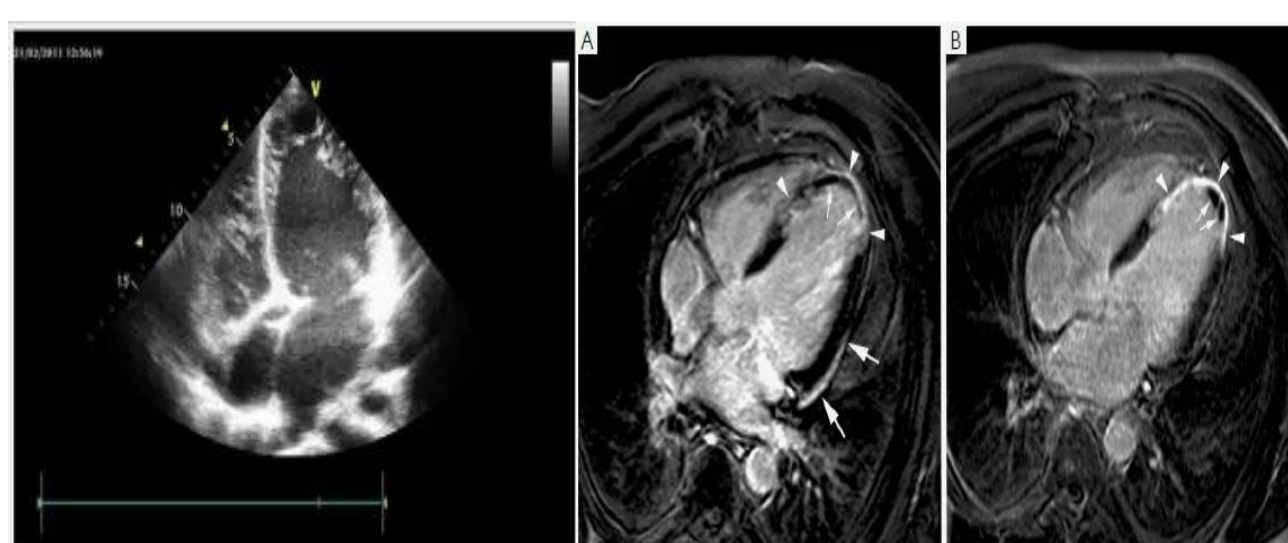
Материалом для данной работы послужил случай заболевания пациента, направленного в пульмонологическое отделение Витебской областной клинической больницы (ВОКБ) для коррекции лечения.

Результаты и обсуждения

Пациент, 1962г.р., поступал в пульмонологическое отделение ВОКБ. Болен, со слов, в течение 15 лет, когда впервые появились вышеперечисленные жалобы:

- кашель с выделением небольшого количества гнойной мокроты в утренние часы
- приступы удушья по ночам
- перебои в работе сердца
- одышка при физической нагрузке

По поводу патологии органов дыхания проходил комплексное обследование и лечение на базе пульмонологического отделения ВОКБ. Кроме того пациенту проводилось лечение диагностированного у него СД 2 типа, ГЭРБ, хр. неинфекционного колита, дивертикулеза толстого кишечника, ОУГ 2а обоих глаз, аномалии Киммерли. Консультирован кардиологом в плановом порядке. В анамнезе, около 5 лет назад, после перенесенной COVID-19, по данным ЭХО-КГ верифицирован НМ с преимущественным поражением верхушечно-боковой области ЛЖ.



Данные ЭХО-КГ были подтверждены при проведении МРТ сердца. Ранее признаков поражения сердца не отмечалось (по данным ЭКГ, Эхо-КГ). Ни у одного из членов семьи кардиомиопатия не была выявлена.

Результаты и обсуждения

СОЭ по методу Вестергена	19	мм/ч
HGB	101	г/L
WBC	4,42	10 ⁹ /L
RBC	4,02	10 ¹² /L
Neu%	40,8	%
Lym%	36,4	%
Eos%	9,8	%
Bas%	1,7	%

Учитывая нарушение ритма по типу частой ЖЭ, пароксизмов ПТ и ЖТ, ФЖ с синкопальными состояниями, пациенту была проведена РЧА, для предотвращения ВСС, имплантирован ИКД Boston Scientific (первый год верификации диагноза). СМ-ЭКГ: синусовый ритм. ЧСС днем 61–117 уд/мин). СВЭ всего – 2,47%, 2 пробежки СВТ из 25 комплексов QRSc с макс. ЧСС до 181 уд/мин. ЖЭ 14,88%. Зарегистрирована короткая пробежка ЖТ (ЧСС 142 уд/мин) с последующим восстановлением синусового ритма после срабатывания КД. Депрессии ST не выявлено. ЭХО-КГ: миокард ЛЖ утолщён неравномерно, МЖП не изменена, ММЛЖ 313 г, индекс массы 156 г/м², ПП в 4-камерной позиции 32/65 мм, ИО ПП 39 мл/м², ФВЛЖ в М-режиме 58%, ФУ 31%, МР 2-3 степени, ТР 3 степени, ЛР 1 степени, ИЛС-1,0. Участков выраженной трабекулярности ЛЖ не выявлено. После назначения современной терапии сердечной недостаточности, антиаритмической, антикоагулянтной терапии, имплантации ИКД (5-летняя динамика) отмечалось улучшение клинических проявлений (отсутствовали синкопальные состояния, уменьшилось бремя ЖЭ, количество пароксизмов ЖТ) и данных ЭХО-КГ (увеличение ФВ ЛЖ с 50% до 58%, улучшение ЛС миокарда с 1,37 до 1,0).

Заключение

Несмотря на то, что НМ остается редко встречаемым состоянием в общетерапевтической практике, представленный КС показывает возможность комплексного ведения пациента с данной патологией. Врачам первичного звена необходимо обращать пристальное внимание на пациентов с полиморбидной патологией, для ранней диагностики редких заболеваний ССС.