

Дилатационная кардиомиопатия – первичное поражение миокарда, характеризующееся выраженной дилатацией полостей и нарушением систолической функции желудочков¹. Диагноз обоснован в тех случаях поражения сердца, при которых значительная дилатация полостей не является следствием нарушения коронарного кровообращения, врожденных аномалий развития, клапанных пороков сердца, системной и легочной артериальной гипертензии и заболеваний перикарда. Больные дилатационной кардиомиопатией составляют от 26 до 60% всех больных с кардиомиопатиями².

В статье изложены вопросы клиники, диагностики, лечения и экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности при данном заболевании.

Медицинская экспертиза больных дилатационной кардиомиопатией

Е.Н. Николаевский,

д-р мед. наук, проф., проф. кафедры экологии и безопасности жизнедеятельности ФГБОУ ВПО «Самарской государственной экономической университет», г. Самара

Этиология

В большинстве случаев этиологию дилатационной кардиомиопатии (далее – ДКМП) установить не удается (т. н. идиопатическая форма ДКМП). Примерно у 20% больных заболевание ассоциируется с перенесенным ранее инфекционным миокардитом. Воздействие на миофибриллы персистирующих в организме инфекционных агентов (энтеровирусов), в т. ч. включение вирусной РНК в генетический аппарат кардиомиоцитов или влияние «запущенного» вирусами аутоиммунного процесса, ведет к повреждению митохондрий и нарушению энергетического метаболизма клеток³.

У части больных обнаруживают высокие титры кардиоспецифических аутоантител к миозину тяжелых цепей, актину, тропомиозину, митохондриальной мембране кардиомиоцитов, увеличение цитокинов в крови. Это подчеркивает роль аутоиммунных нарушений. Больные с аутоиммунным дефицитом в большей степени подвержены повреждающему воздействию вирусов и развитию ДКМП. В происхождении ДКМП большое значение имеет также генетическая предрасположенность к возникновению заболевания, семейные ДКМП встречаются примерно в 15–25% случаев заболевания. Имеются данные о воздействии алкоголя на формирование ДКМП.

¹ Поляков В.П., Николаевский Е.Н., Пичко А.Г. Некоронарогенные и инфекционные болезни сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения): монография. 2010. (<http://www.cardiosite.info/articles/Article.aspx?articleid=10403&rubricid=47>).

² Там же.

³ Там же.

Клиническая картина

Наиболее частым клиническим проявлением заболевания является сердечная недостаточность (в 75–85% случаев). При этом в момент установления диагноза у 90% пациентов определяется уже III–IV функциональный класс хронической сердечной недостаточности по NYHA. Доминирует симптоматика левожелудочковой сердечной недостаточности – снижение переносимости физической нагрузки, прогрессирующая одышка, вплоть до ортопноэ и сердечной астмы. Основные жалобы пациентов обычно на одышку при нагрузке (86%), сердцебиение (30%) и периферические отеки (29%).

В настоящее время в клинической картине ДКМП принято выделять три основных синдрома:

1) систолическая хроническая сердечная недостаточность (левожелудочковая или бивентрикулярная) с признаками застоя крови в малом и большом кругах кровообращения;

2) частое возникновение нарушений сердечного ритма и проводимости (желудочковые аритмии, фибрилляция предсердий, АВ-блокады и блокады ножек пучка Гиса);

3) тромбоземболические осложнения (тромбоземболия легочной артерии и эмболия в артерии большого круга кровообращения).

Клинические проявления ДКМП и результаты инструментально-лабораторных исследований неспецифичны, что затрудняет дифференциальный диагноз. Поэтому диагноз ДКМП ставится методом исключения других заболеваний сердца с систолической дисфункцией желудочков (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, миокардит, легочное сердце).

Различают несколько вариантов течения заболевания в зависимости от особенностей клинических проявлений, тяжести течения и прогноза.

- **бессимптомное латентное течение:** характеризуется кардиомегалией, длительное время не сопровождающейся симптомами недостаточности кровообращения;
- **рецидивирующее течение:** кардиомегалия и недостаточность кровообращения у больных выявляются с начала заболевания, однако под влиянием лечения наступает клиническое улучшение с длительной ремиссией (от нескольких месяцев до нескольких лет); рецидив может быть спровоцирован чрезмерной физической нагрузкой, инфекционными заболеваниями и другими факторами;
- **прогрессирующее течение:** сердечная недостаточность быстро развивается и несмотря на проводимое лечение неуклонно прогрессирует до терминальной стадии. Как правило, больные погибают в течение нескольких недель или месяцев.

В зависимости от вероятного или предрасполагающего фактора выделяют в качестве отдельных клинических форм ДКМП семейную, послеродовую, алкогольную¹. Описываются также особые клинико-морфологические варианты идиопатической ДКМП: преимущественно правожелудочковая и с мало-выраженной дилатацией полостей сердца. Эти варианты не являются общепризнанными, и сведения об особенностях их клинического течения немногочисленны и зачастую противоречивы.



Диагноз ДКМП ставится методом исключения других заболеваний сердца с систолической дисфункцией желудочков – ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, миокардита, легочного сердца

¹ Цит. по: Поляков В.П., Николаевский Е.Н., Пичко А.Г. Указ. соч.