

## ИШЕМИК ВА ИДИОПАТИК ДИЛАТАЦИОН КАРДИОМИОПАТИЯЛАРНИНГ КЛИНИК-ФУНКЦИОНАЛ ТАФОВУТЛАРИ

**Курбанов Н. А., Отамуродов А.О., Исоков М.Д., Тураева Г.Б.**

Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий амалий тиббиёт маркази  
Жиззах филиали

### **Аннотация.**

**Долзарблик:** Клиник амалиётда кўпинча ишемик (ИКМП) ва дилатацион кардиомиопатияни (ДКМП) дифференциал ташхислаш муаммоси юзага келади, айниқса бу рефрактер юрак етишмовчилиги ривожланганда рўй беради.

**Мақсад:** Рефрактер юрак етишмовчилиги бўлган беморларда ИКМП ва ДКМПнинг клиник ҳамда функционал хусусиятларини аниқлаш.

**Материаллар ва усуллар;** Тадқиқотга 68 нафар бемор жалб этилди; ўртача ёш  $41,04 \pm 1,05$  йилни ташкил қилди. Беморлар икки гуруҳга бўлинди: 1-гуруҳ — 24 нафар ИКМП билан оғриган беморлар, 2-гуруҳ — 44 нафар ДКМП билан оғриган беморлар. ЭхоКГ, ЭКГ ва ЭКГнинг Холтер мониторинги амалга оширилди. Клиник-функционал ҳолат динамикаси ШОКС шкаласи бўйича баҳоланди.

**Натижалар:** Рефрактер юрак етишмовчилиги билан кечувчи дилатацион кардиомиопатия (ДКМП) ҳолатларида қуйидаги белгилар характерлидир: беморларнинг нисбатан ёш бўлиши ва миокарднинг қисқарувчанлик кўрсаткичларининг кескин пасайиши. Шунингдек, чап қоринча деворлари гипертрофиясининг яққол ифодаланмаганлик фонида юракнинг иккала қоринчаси фаолиятининг яққол бузилиши ДКМП билан оғриган беморлар учун хос хусусият сифатида қайд этилади.

**Дилатацион кардиомиопатия** — этиологияси номаълум бўлган миокарднинг бирламчи касаллиги бўлиб, у чап ёки иккала қоринчанинг кенгайиши (дилатация) ва миокарднинг қисқарувчанлик фаолиятининг пасайиши билан тавсифланади.

1995-йилда кардиомиопатиялар қуйидаги турларга ажратилган:

- Дилатацион;

- гипертрофик;
- рестриктив;
- специфик (метаболик, яллиғланиш, ишемик, клапанли ва бошқалар);
- аритмоген ўнг қоринча кардиомиопатияси[1];

Специфик кардиомиопатиялар алоҳида гуруҳ сифатида ажратилгач, инглиз тилидаги адабиётларда “Cardiomyopathy” атамаси кенг қўлланила бошлади. Бу сўз сўзма-сўз таржимада “юралнинг зарарланиши” деган маънони англатади.

**Ишемик кардиомиопатия (ИКМП)** — бу юрак ишемик касаллигини ўзига хос шакли бўлиб, у чап қоринчанинг дилатация даражаси билан, яъни ДКМП дагига яқин даражадаги кенгайиш билан бирга кечади. Бунда оғир юрак етишмовчилиги ривожланади ва коронар артерияларнинг кўп томирли атеросклеротик зарарланиши кузатилади. Клиник кўринишда кўпинча стенокардия ва ўтказилган миокард инфаркти белгилари кузатилиши мумкин[2].

#### *Тадқиқот мақсади*

Клиник амалиётда ишемик ва дилатацион кардиомиопатияни дифференциал ташхислаш муаммоси тез-тез учрайди, айниқса рефрактер юрак етишмовчилиги ривожланганда янада мураккаблашади.

Тадқиқотнинг мақсади — рефрактер юрак етишмовчилиги билан оғриган ИКМП ва ДКМП беморларининг клиник ва функционал хусусиятларини аниқлашдан иборат.

#### *Материал ва усуллар*

Тадқиқотга 68 нафар бемор жалб этилди, уларнинг ўртача ёши  $41,03 \pm 1,04$  йилни (18 дан 68 ёшгача) ташкил этди.

Ўтказилган текширувлар қуйидагиларни ўз ичига олган:

- Клиник кўрик;
- ЭКГ ( $R_{V6}/R_{max}$  нисбатини аниқлаш билан), ритмографияси;
- ЭКГ нинг Холтер мониторинги (ХМЭКГ);
- ЭхоКГ;
- Биокимёвий текширувлар;

Беморларнинг клиник-функционал ҳолати динамикаси клиник ҳолатни баҳолаш шкаласи (ШОКС) бўйича баҳоланди. Жисмоний юклама сифатида б

дақиқалик юриш тести қўлланилди. Юрак етишмовчилиги функционал синф (NYHA ФК) NYHA таснифи бўйича баҳоланди[4].

Эхокардиография (ЭхоКГ) орқали қуйидаги кўрсаткичлар амалга оширилди:

- Чап қоринчанинг диастолик (ОДЎ) ва систолик (ОСЎ) ўлчамлари,
- Чап (ЧБ) ва ўнг (ЎБ) бўлмачалар ўлчами,
- Охириги диастолик (ОДХ) ва систолик (ОСХ) ҳажмлар,
- Отиш ҳажми (ОХ),
- Чап қоринчанинг отиш фракцияси (ЧҚОФ),
- Қоринчаларо тўсиқ (ҚАТ) ва чап қоринча орқа девори (ЧҚОД)

қалинлиги.

ДКМП ташхиси 1995-йилги (Бутун Жахон Согликни Сақлаш Ташкилоти) Кардиомиопатиялар бўйича ишчи гуруҳининг мезонларига асосан қўйилди. Юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ташхиси эса 1979-йилда БЎТ (БЖС) тавсиялари ва 2015-йилги Ўзбекистон кардиологлари XVII съезди модификацияси асосида қўйилган.

Беморлар икки гуруҳга бўлинди:

- 1-гуруҳ (ИКМП) — 24 нафар эркак, ёши 38–68 (ўртача  $59,7 \pm 1,8$  ёш), уларнинг 16 таси миокард инфарктини бошдан кечирган.

- 2-гуруҳ (ДКМП) — 44 нафар бемор (34 эркак, 10 аёл), ёши 16–60 (ўртача  $40,73 \pm 1,6$  ёш).

Рефрактер юрак етишмовчилиги мезони сифатида оптимал, даволашга қарамасдан 2–3 ой ичида СЮЕ белгилари сақланиб қолиши ёки кучайиши белгиланди[3].

Статистик таҳлил талабанинг жуфт ва жуфтсиз Т-тести ёрдамида ўтказилган. Сифат кўрсаткичлар ўртасидаги фарқлар  $\chi^2$  тести билан,  $2 \times 2$  жадвалда эса Фишернинг аниқ критерияси орқали баҳоланди. Ўртача қийматлар ўртача  $\pm$  стандарт хатолик кўринишида ифодаланди. Фарқлар  $p < 0,05$  бўлганда ишончли деб қабул қилинди.

*Натижалар ва муҳокама*

Юрак етишмовчилиги мавжуд беморлар аксарият холларда нафас қисиши (диспноэ) дан шикоят қилди. Ушбу симптом барча беморларда кузатилди,

улардан 46 (75 %) нафари бу ҳолатдан доимий равишда шикоят қилган. Клиник кўрсаткичлар бўйича 1 ва 2-гуруҳлар ўртасида ишончли фарқлар аниқланмади. Юрак етишмовчилиги функционал синф ўртача  $3,3 \pm 0,14$  (ИКМП) ва  $3,4 \pm 0,16$  (ДКМП) бўлди ( $n < 0,05$ ).

6 дақиқалик юриш тестида босиб ўтилган масофа:

- ИКМП —  $183,0 \pm 26,3$  м.
- ДКМП —  $196 \pm 31,2$  м ( $p > 0,05$ ).

ШОКС бўйича умумий балл:

- ИКМП —  $12,22 \pm 0,3$ , ДКМП —  $13,8 \pm 0,1$  ( $n > 0,05$ ).

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ДКМП билан оғриган беморларда рефрактер юрак етишмовчилиги нисбатан ёшлик даврда ривожланади. Юрак ички гемодинамикаси таҳлиliga кўра, ОДУ гуруҳлар ўртасида аҳамиятли фарқ кўрсатмади (ИКМП —  $7,35 \pm 0,24$  см; ДКМП —  $7,45 \pm 0,1$  см). Аввалги тадқиқотларда, юрак етишмовчилиги даволанишга толерантлилик катта ҳажмли чап қоринча дилатация (ОДХ  $\approx 300$  мл) билан боғлиқлиги аниқланган эди — бу асосий касаллик туридан қатъий назар, бизнинг маълумотлар ҳам ушбу хулосани тасдиқлайди[5].

Аммо ОСЎ ДКМП беморларда ИКМП гуруҳига нисбатан юқорироқ бўлди ( $6,2 \pm 0,1$  см ва  $5,7 \pm 0,19$  см;  $p = 0,024$ ). Шунингдек, чап қоринча отиш фракцияси (ЧҚ ОФ) ДКМП беморларда пастроқ ( $31,7 \pm 1,6\%$ ) бўлиб, ИКМП да  $43,4 \pm 2,2\%$  ( $p < 0,001$ ) ташкил қилди.

Чап ва ўнг қоринчаларнинг дисфункцияси ўртасида ҳам ишончли фарқлар қайд этилди:

- Чап қоринчани тавсифловчи ОСХ/ОДХ нисбати:

- ✓ ИКМП —  $0,565 \pm 0,02$ , ДКМП —  $0,45 \pm 0,01$  ( $p = 0,001$ )

- Ўнг қоринчани тавсифловчи ЎҚ/ОДХ нисбати:

- ✓ ИКМП —  $0,52 \pm 0,01$ , ДКМП —  $0,59 \pm 0,02$  ( $p = 0,001$ ).

Шунингдек, чап қоринча девор калинлиги кўрсаткичлари ИКМП беморларда сезиларли даражада юқори бўлди:

- ҚАТ:  $1,17 \pm 0,05$  см (ИКМП) ва  $1,05 \pm 0,03$  см (ДКМП),  $p = 0,01$
- ЧКОД:  $1,25 \pm 0,06$  см (ИКМП) ва  $1,05$  см (ДКМП),  $p = 0,01$

- ЧҚОДК/ҚАТ:  $0,34 \pm 0,02$  ва  $0,16 \pm 0,01$  ( $p=0,0001$ ).

ЭКГ таҳлили ДКМП беморларда чап бўлмачанинг ортиқча юкламаси ва кўкрак ўтказмаларда Т тишларининг манфийлиги аниқлади.  $R_{V6}/R_{max}$  нисбати  $\geq 3,0$  бўлиши ДКМП учун специфик ЭКГ белгиси сифатида қайд этилган. Ушбу белги 1-гурух беморларининг 10% да, 2-гурух беморларининг 78% да кузатилди ( $p<0,05$ ).

1-гурух беморларида Q тишчаси фақат 9 ҳолатда (45%) қайд этилган, бу эса инфарктдан кейинги кардиосклероз билан боғлиқ. 2-гурухда эса Q тишчани беморлардан  $\frac{1}{4}$  қисмида қайд этилган. Бу ДКМП ҳолатларида миокард фиброзининг ортиши ва электр ўтказувчанликнинг бузилиши билан боғлиқ бўлиб, коронар атеросклероз билан бевосита алоқадор эмас[7].

Холтер мониторинги натижалари ДКМП нинг некоронароген табиати юрак ритми бузилишлари (юқори даражали қоринчалар аритмиялар) билан тез-тез бирга кечишини кўрсатди.

ДКМП беморларда III–V-даражали (W. Lown бўйича) қоринчалар аритмиялар частотаси сезиларли даражада юқори эканлиги аниқланди[8].

Айрим тадқиқотларда (PROMISE лойиҳаси) қоринчалар аритмиялар юрак-қон томир ўлимининг предиктори сифатида қаралган, лекин тўсатдан юрак ўлими билан тўғридан-тўғри боғлиқ эмаслиги таъкидланган. Шунга қарамай, бизнинг натижаларимиз шуни кўрсатадики, рефрактер юрак етишмовчилиги билан оғриган ДКМП беморларда қоринчалар аритмиялар юрак-қон томир ўлимининг муҳим предиктори ҳисобланади.

### *Хулоса*

Шундай қилиб, рефрактер юрак етишмовчилиги билан кечувчи дилатацион кардиомиопатия қуйидаги белгилар билан тавсифланади:

- касалликнинг нисбатан ёш даврларда ривожланиши;
- миокард қисқарувчанлигининг кескин пасайиши;
- чап ва ўнг қоринча дисфункциясининг яққол ривожланганлиги;
- чап қоринча девори гипертрофиясининг мавжуд эмаслиги;

Бу хусусиятлар ДКМП учун асосий клиник-функционал фарқловчи белгилар сифатида қабул қилинади.

Жадвал 1. Рефрактер юрак етишмовчилиги бўлган ишемик (ИКМП) ва дилатацион (ДКМП) кардиомиопатияларда клиник-функционал кўрсаткичлар.

Кўрсаткичлар	Кардиомиопатиялар	
	ИКМП (n=24)	ДКМП (n=44)
Беморлар сони	n=24	n=44
Ўртача ёш, йил	59,7 ± 1,8	40,73 ± 1,6*
NYHA ФС	3,29 ± 0,14	3,4 ± 0,16
ШОКС, балл	12,22 ± 0,3	13,8 ± 0,2
6 дақиқалик юриш тести, м	183,0 ± 26,3	196 ± 31,2
ОДЎ(ЧҚ), см	7,35 ± 0,24	7,4 ± 0,1
ОДХ, мл	293,7 ± 23,03	291,7 ± 11,7
ОСЎ (ЧҚ), см	5,7 ± 0,19	6,2 ± 0,1*
ОСХ, мл	164,6 ± 12,9	199,5 ± 10,1*
ОСХ/ОДХ, ш.б.	0,56 ± 0,02	0,67 ± 0,02*
Отиш ҳажми (УО), мл	128,4 ± 13,13	98,75 ± 6,1*
ФВЧҚ, (чап қоринча отиш фракцияси)%	43,4 ± 2,2	31,7 ± 1,6**
ҚАТ қалинлиги, см	1,17 ± 0,05	1,05 ± 0,03*
ЧҚОД қалинлиги, см	1,25 ± 0,06	1,11 ± 0,03*
ОДҚ (девор қалинлиги нисбати), ш.б.	0,34 ± 0,02	0,16 ± 0,01*
ЧБ, см	4,97 ± 0,14	5,0 ± 0,13

ЎҚ, см (ўнг қоринчанинг ўлчами)	3,68 ± 0,12	3,73 ± 0,15
ЎҚ/ОДЎ	0,52 ± 0,01	0,59 ± 0,02**
ОСХ/ОДХ	0,73 ± 0,07	0,48 ± 0,02**
Систолик артериал босим (САД), мм рт. уст.	131,8 ± 3,9	108,8 ± 2,7
Диастолик артериал босим (ДАД), мм рт. уст.	86,3 ± 3,0	72,9 ± 1,9

Жадвал 2. Рефрактер юрак етишмовчилиги бўлган ишемик (ИКМП) ва дилатацион (ДКМП) кардиомиопатияли беморларнинг электрокардиографик кўрсаткичлари

	Кўрсаткичлар	Кардиомиопатиялар	
		ИКМП (n=20)	ДКМП (n=41)
Бўлмачалар фибрилляцияси		7 (35)	8 (19,5)
ЖНРС бўйича (W. Lown) n (%)	III	5 (25)	22 (54)*
	IV А	2 (10)	15 (36,6)**
	IV Б	- 0	8 (19,5)**
Блокадалар, n (%)	Гисс тутами чап оёқчаси блокадаси	5 (25)	15 (36,6)
	Гисс тутами ўнг оёқчаси блокадаси	1 (5)	4 (10)
	А–В қамал I даража	3 (15)	12 (30)
ЧБ юкламаси билан ЧҚ кенгайиш белгилари		3 (15)	29 (70,7)*

Манфий Т тишчалари ( $\geq 2$ кўкрак тармоқларда) n (%)	8 (40)	31 (75)*
Чуқурлик шаклидаги ST сегментининг депрессияси	—	2 (4,9)
Q тишчаси n (%)	9 (45)*	8 (19,5)
$R_{V6}/R_{max} > 3,0$ n (%)	2 (10%)	32 (78)**

### *Адабиётлар рўйхати*

1. Richardson P, McKenna W, Bristow M et al. Report of the 1995 World Health Organization/International Society and Federation of Cardiology Task force on the Definition and Classification of cardiomyopathies. *Circulation*. 1996;93(51:841-842;
2. Саид-Уз-Залман. Дифференциальная диагностика ишемической болезни сердца и некоронарогенных заболеваний миокарда: Автореф. Дч< канл. Мед. наук. М 199/
1. Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. М. 2000. 266 бет
4. Guyatt GH, Sullivan MJ, Thompson PJ et al. The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. *Can Med Assoc J*. 1985;132(8):919-923.
5. Мухарлямов Н.М, Мареев В.Ю. Лечение хронической сердечной недостаточности. -М.: Медицина. - 1985. 208 с. А
6. Momiyama Y, Mitamura H, Kimura M. ECG characteristics of dilated cardiomyopathy. *J Electrocardiol*. 1994;27(41:323-328. /
7. Гуревич М.А. Проблема некоронарогенных заболеваний миокарда в клинической практике. *Рус.мед.журнал* 1997;6 (241:20.
8. Packer M, Carver JR, Rodeheffer RJ et al. Effect of oral milrinone on mortality in severe chronic heart failure. The PROMISE Study Research Group. *N Engl J Med*. 1991;325(211:1468-1475.