

## ИШЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

*M. V. Zyuzenkov*

**ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY**

Предложенный в 1970 г. G. Burh et. al. (8) термин «ишемическая кардиомиопатия» (ИКМП) при множественном поражении коронарных артерий, увеличенных полостях сердца и клинических симптомах застойной сердечной недостаточности, аналогичными таковым при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), включен ВОЗ в классификацию специфических кардиомиопатий (11) и представлен в МКБ-10 как одна из форм хронической ишемической болезни сердца (J 25.5).

По определению ВОЗ, ИКМП имеет дилатационные признаки и характеризуется значительным нарушением сократительной способности миокарда, степень которого не соответствует относительно небольшой выраженности коронарного атеросклероза и ишемического повреждения миокарда.

В настоящее время ИКМП рассматривается как патологическое состояние миокарда, сопровождающееся увеличением всех камер сердца до степени кардиомегалии, часто с неравномерным утолщением его стенок и явлениями диффузного и очагового заместительного фиброза, развивающегося на фоне атеросклеротического поражения коронарных артерий, но не вследствие формирования желудочковых аневризм, органической патологии клапанного аппарата сердца или наличия патологических соустьев (4, 5, 6, 7, 12). В качестве обязательных признаков отмечается наличие атеросклеротических изменений коронарных артерий, дилатации сердца и хронической сердечной недостаточности (ХСН), которая имеет неуклонно прогрессирующий характер.

Считается, что в основе развития ИКМП лежит ишемия миокарда, которая, не являясь непосредственной причиной дилатации сердца, выступает в роли пускового фактора других причинных процессов,

предположительно некроза, фиброза, активации тканевой ренин-ангиотензиновой системы, гибернации миокарда, развития контрактур миофибрилл и, наконец, апоптоза, приводящего к уменьшению количества кардиомиоцитов в единице объема миокарда и ремоделированию желудочков, заканчивающихся ИКМП (4,5,6,12). Однако, по-видимому, выраженная дилатация полостей желудочков (кардиомегалия) развивается только в тех случаях, когда по каким либо причинам формируются неадекватные по площади и объему зоны гибернации при неспособности капиллярного русла воспрепятствовать нарастанию апоптоза и числа гибернирующих («функционально молчащих») кардиомиоцитов.

ИКМП встречается у 5 – 8 % пациентов с ИБС, чаще в возрасте 45 – 55 лет, преимущественно у мужчин (90 %). Основным клиническим проявлением является манифестирующая хроническая сердечная недостаточность.

Диагноз ИКМП может быть установлен у пациентов с ИБС на основании стандартизованных критериев, принятых в мировой практике (9), уточненных и дополненных М.М. Алшибая и соавт (1):

- гемодинамически значимое поражение коронарных артерий;
- инфаркт миокарда, операция аортокоронарного шунтирования или транслюминальная баллонная ангиопластика в анамнезе;
- хроническая сердечная недостаточность функционального класса II и выше (NYHA);
- дилатация левого желудочка (индекс КДО > 110 мл/м<sup>2</sup>, индекс КСО > 80 мл/м<sup>2</sup>);
- фракция выброса левого желудочка 35 % и ниже;

■ митрально-папиллярная дисфункция с регургитацией II степень и выше.

Вместе с тем, в условиях клинической практики нередко возникают трудности дифференциальной диагностики ИКМП с ДКМП, при которых основным клиническим проявлением является прогрессирующая ХСН. За последние 4 года под нашим наблюдением находилось 6 пациентов с ИКМП, причем двум из них в клинических больницах вначале ставился диагноз ДКМП. Умерло 3, одному пациенту проведена эффективная реваскуляризация миокарда (аортокоронарное и мамарокоронарное шунтирование, пластика митрального и трикуспидального клапанов), имплантация электрокардиостимулятора VVI.

Однако дифференциально-диагностические различия можно выявить уже на этапе анализа анамнестических данных. Так, при ИКМП имеет место «коронарный анамнез» (стенокардия или перенесенный инфаркт миокарда, реконструктивные операции на коронарных артериях) на фоне имеющихся факторов риска ИБС; при ДКМП – «беспричинная» сердечная недостаточность или ее развитие после перенесенной вирусной инфекции, пневмонии, хронического вирусного миокардита. При ИКМП отмечается меньшая выраженность кардиомегалии (кардиоторакальный индекс < 0,55) и последовательность формирования ХСН (сначала левожелудочковой, затем правожелудочковой); при ДКМП – кардиоторакальный индекс > 0,55 и преобладание бивентрикулярной сердечной недостаточности. В сравнении с ДМПК при ИКМП реже встречаются нарушения сердечного ритма (экстрасистолии, фибрилляция предсердий) и проводимости (около 40 %), а также тромбоэмболические осложнения.

## Литература

1. Алшибая, М. М. Хирургическое ремоделирование левого желудочка при ишемической кардиомиопатии / М. М. Алшибая, О. А. Коваленко, А. В. Дорофеев и др. // Вестник РАМН. – 2005. – № 4. – С.53–58.
2. Манак, Н. А. Ишемическая кардиомиопатия: определение, диагностика, лечение / Н. А. Манак // Актуальные вопросы внутренних болезней: Материалы научной конференции, посвященной 80-летию со дня рождения проф. И. П. Данилова. Минск, 2004. – С. 30–31.
3. Островский, Ю. П. Хирургическая реваскуляризация миокарда – перспективный метод лечения хронической сердечной недостаточности у больных ишемической кардиомиопатией / Ю. П. Островский, А. Г. Булгак, Л. В. Рачок и др. // Кардиология в Беларуси. – 2010. – № 6 (13). – С.13–27.
4. Симоненко, В. Б. Клинико-морфологические особенности дилатационной и ишемической кардиомиопатий / В. Б. Симоненко, С. А. Бойцов, А. А. Глухов // Тер. архив. – 1999. – № 12 (71). – С. 64 – 67.
5. Шулушко, Б. И. Справочник терапевта. 4-е изд. СПб.: «Элбис-СПб». – 2008. – С. 65–66.
6. Ясинская, С. Б. Ишемическая кардиомиопатия / С. Б. Ясинская // Здравоохранение. – 2006. – № 9. – С. 18 – 22.

Уменьшение частоты и тяжести стенокардии по мере прогрессирования ХСН характерно для ИКМП. В то же время сохранение приступов стенокардии у пациентов с ИКМП является косвенным признаком наличия жизнеспособного ишемизированного миокарда, что имеет важное терапевтическое и прогностическое значение.

Достоверными дифференциально-диагностическими признаками, отличающими ИКМП и ДКМП, являются коронароангиография и ЭхоКГ – показатели, особенно при проведении стресс-индуцированной ЭхоКГ, регистрация которой является обязательной для выявления гибернированных сегментов миокарда (2). Дополнительную информацию можно получить с помощью скинтиграфии миокарда с таллием и позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (2, 7, 10).

При ИКМП на фоне активной терапии ХСН возможно более раннее и относительно устойчивое повышение сократительной функции миокарда, чем при ДКМП. Развивающиеся у пациентов с ИКМП изменения сердечной мышцы могут иметь обратимый характер, связанный с эффектом «станнирования» и «гибернации» кардиомиоцитов, а также адекватной хирургической реваскуляризации миокарда (3).

Медикаментозная терапия ИКМП проводится по общим принципам лечения ИБС и ХСН: β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, в частности, периндоприл в суточной дозе 8 мг (исследования EUROPA), антагонисты рецепторов к ангиотензину II, нитраты, кардиопротекторы, диуретики, дезагреганты и др.

Хирургическая реваскуляризация миокарда показана при положительной стресс-ЭхоКГ (2).

7. Bart, B. A / Clinical Determinants of Mortality in Patients with Angiographically Diagnosed Ischemic or Nonischemic Cardiomyopathy / B.A Bart, L.K. Shaw, C.B. McCants et al // J. Am. Coll. Cardiol. – 1997. – Vol. 30. – P. 1002 – 1008.
8. Burch, G. E., Ischemic Cardiomyopathy. / G. E. Burch, T. D. Giles, H. L. Colcolough // Am. Heart J. – Vol. 79. P. 291 – 292.
9. Felker, G. M. A Standardized Definition of Ischemic Cardiomyopathy for use in Clinical Research / G. M. Felker, L. K. Shaw, Ch. M. O Connor // J. Am. Coll. Cardiol. – 2002. – Vol. 39. – P. 210 – 218.
10. Mody, F. V. Differentiating Cardiomyopathy of Coronary Artery Disease from Nonischemic Dilated Cardiomyopathy Utilizing Positron Emission Tomography. / F. V. Mody, R. C. Brunken, L. W. Stevenson et al. / J. Am. Coll. Cardiol. – 1991. – Vol. 17. – P. 373 – 383.
11. Richardson, P. Report of the 1995 World Health Organization / International Society and Federation of Cardiology Task Force on the Definition and Classification of Cardiomyopathies / P. Richardson, W. McKenna, M. Bristow et al. // Circulation – 1996. – Vol. 93. – P. 841 – 842.
12. Shuster, E. Ischemic Cardiomyopathy: a Clinicopathologic Study of fourteen Patients / E. Shuster, B. Bulkley // Am. Heart J / 1980. – Vol. 100. – P. 506–509.

Поступила 12.11.2012 г.