



PRIMARY CMP INCIDENCE LEVEL AND CLINICAL AND ANAMNESTIC SYMPTOMS IN YOUNG PATIENTS

Oripova Ozoda Olimovna

Samarkand State Medical University

Abstract: to study pathomorphological changes in myocardial structures in KMP. As material, cases of CMP autopsied in RPAM during 2011-2020 were obtained, and the autopsy report and medical history were studied. In KMP, heart failure suddenly developed in the right ventricle and left ventricle, cardialgia and angina pectoris; heart rhythm disturbances, often ventricular fibrillation, ventricular extrasystole and blockage of conduction paths were observed in some cases with thromboembolism. Histologically, the following types of pathomorphological changes were observed in the myocardium and endocardium in KMP, i.e. excessive growth of interstitial connective tissue, myxomatosis, lipomatosis developed in some places. Among the initial changes characteristic of KMP, the main ones were stretching of muscle fibers, i.e., thinning of muscle fibers, thinning of the transverse extension lines of cardiomyocytes, disintegration and homogenization, irregular arrangement of their nuclei, and deformation and dystrophy under the influence of surrounding changes.

Key words: heart, cardiomyopathy, myocardium, morphology, microscopy.

БИРЛАМЧИ КМП КАСАЛЛАР ЁШЛАРИ БЎЙИЧА УЧРАШ ДАРАЖАСИ ВА КЛИНИК-АНАМНЕСТИК БЕЛГИЛАРИ

Орипова Озода Олимовна

Самарқанд давлат тиббиёт Университети

Ишнинг мақсади: КМП да миокард тузилмаларидаги патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш. Материал сифатида 2011-2020-йиллар давомида РПАМда аутопсия қилинган КМП ҳолатлари олинди ва аутопсия баённомаси ва касаллик тарихи таҳлил қилинди. КМПда юрак етишмовчилиги ўнг қоринча ва чап қоринчада бирданига ривожланганлиги, кардиалгия ва стенокардия хуружи; юрак ритмининг бузилиши, кўпинча бўлмача фибрилляцияси, қоринча экстрасистолияси ва ўтказувчи йўллар блоккланиши айрим ҳолатда тромбоемболия билан намаён бўлиши кузатилди. КМПда гистологик жиҳатдан миокард ва эндокардда қуйидагича турдаги патоморфологик ўзгаришлар, яъни оралиқ тўқима бириктирувчи тўқиманинг ҳаддан



ташқари кўп миқдорда ўсганлиги, айрим жойларида миксаматоз, липоматоз ривожланганлиги кузатилди. КМПга хос дастлабки ўзгаришлардан асосийси мушак толаларининг чўзилиши, яъни мушак толаларининг ингичка тортиши, ундаги кардиомиоцитларнинг кўндаланг тарғил чизиқларининг сийраклашиши, парчаланиб гомогенлашиши, ядроларининг бетартиб жойланиши ва атрофдаги ўзгаришлар таъсирида деформацияга ва дистрофияга учраши кузатилди.

Калит сўзлар: юрак, кардиомиопатия, миокард, морфология, микроскопия.

Мавзунинг долзарблиги: Кардиомияпатия, бу – юрак миокардининг бирламчи шикастланиши бўлиб, яллиғланиш, ўсма, ишемияга боғлиқ бўлмаган ўзига хос кардиомегалия, оғирлашиб борувчи юрак етишмовчилиги ва аритмия билан намоён бўладиган хасталик ҳисобланади [1,2]. Шунинг учун буни миокарднинг идиопатик, яъни келиб чиқиши номалум касаллиги дейилади, унинг асосида кардиомиоцитларда дистрофик ва склеротик ўзгаришлар ривожланиши ётади. Шунинг учун кардиомиопатиялар доимо юрак қоринчалари функцияси бузилади. ЮИК, гипертензия касаллиги, васкулитлар, симптоматик артериал гипертензия, бириктирувчи тўқиманинг аутоиммун касалликлари, миокардит, миокардиодистрофия ва бошқа патологик ҳолатларда ривожланган миокарднинг шикастланиши, асосий касалликдан келиб чиққан иккиламчи кардиомиопатиялар ҳисобланади. Бирламчи кардиомиопатиянинг куйидаги турлари фарқ қилинади: дилатацион, гипертрофик, рестриктив ва аритмоген.

Тадқиқот мақсади: КМП да миокард тузилмаларидаги патоморфологик ўзгаришларни ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари: Биз томонимиздан 2011-2020-йиллар давомида РПАМ аутопсия бўлимидан текширувдан ўтган 5642 та баённомалар таҳлил қилинди. Бу даврда жами 64 та КМП аниқланди ва у жами аутопсияларнинг 1,13%, юрак-томир касалликларининг 4,7% ташкил қилди.

Биз томонимиздан 2011-2020-йиллар давомида РПАМ аутопсия бўлимидан текширувдан ўтган 5642 та баённомалар таҳлил қилинди. Бу даврда жами 64 та КМП аниқланди ва у жами аутопсияларнинг 1,13%, юрак-томир касалликларининг 4,7% ташкил қилди. Барча КМП ҳолатларининг 71,8% эркаклар 28,2% аёллар бўлиб чиқди. Бунда КМП эркакларда 40-59 ёшда кўп учради. Бирламчи КМП лардан дилатацион тури кўпчиликти ташкил қилди, яъни 78,5% ташкил қилди, иккиламчиларидан алкоғолли КМП, 91% кўп бўлди. Биз ўрганган барча КМП ҳолатларини касаллар ёш гуруҳлари бўйича тақсимланиши ўрганилганда, 51,5%-ни 40-49 ёшлилар, 20,3%-ни 50-59 ёшлилар ташкил қилди. Бошқа ёш гуруҳларида КМП учраши 1,6% дан 9,4%гача бўлиб чиқди (1-жадвал). Демак хулоса қилиш мумкинки, КМП касаллиги аксарият ҳолларда ўрта ёшар, ишга қобилиятли инсонларда кўп учраши тасдиқланди.

1-жадвал

Ёш гуруҳлари бўйича КМП-нинг тақсимланиш фоизлари

Ёш гуруҳлари	≤ 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 ≤	жами
Сони	2	6	5	33	13	4	1	64
фоизи	3,1%	9,4%	7,8%	51,5%	20,3%	6,3%	1,6%	100%



КМП касалликларнинг клиник-анамнестик ва морфологик белгилари бўйича бирламчи ва иккиламчи турлари фарқ қилинди. Бирламчи турларига Дунёдаги мавжуд ва Бутун Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилотининг таснифи бўйича дилатацион, гипертрофик ва рестриктив формалари киради. Бизнинг материалимизда уларнинг учраш кўрсаткичлари қуйидагича бўлиб чиқди:

Жами бирламчи КМП-лар 51-тани ташкил қилди, уларнинг формалари бўйича тақсимланиши қуйидагича:

1) Дилатацион КМП – 40 (78,5%)

2) Гипертрофик КМП – 8 (15,7%)

3) Рестриктив КМП – 3 (5,8%)

Иккиламчи КМП формалари бўйича қуйидагича тақсимланди:

Перипортал КМП – 1 (7,7%)

Алкоголли КМП – 4 (30,7%)

Дори-дармонли КМП – 2 (15,4%)

Постмиокардитли КМП – 2 (15,4%)

Метаболик – 3 (23,1%)

Аутоиммун – 1 (7,7%)

Бирламчи ва иккиламчи КМП-ларнинг касаллар ёш гуруҳлари бўйича учраш даражаси қуйидаги 2-жадвалда келтирилган. Бирламчи КМПлар орасида учраш даражаси кўплиги билан 40-49 ва 50-59 ёшли инсонлар бўлиб чиқди. Уларда барча бирламчи КМП-нинг 78,5% учраганлиги кузатилди. Бошқа ёш гуруҳларида 3,9%-дан 7,8%-гача учраганлиги аниқланди.

2-жадвал

Ёш гуруҳлари бўйича бирламчи ва иккиламчи КМП учраш даражаси, сонда ва фоизларда.

Ёш гуруҳлари	≤ 19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 ≤	жами
Бирламчи	2	3	4	29	11	2	-	51
фоизи	3,9%	5,9%	7,8%	56,9%	21,6%	3,9%		100%
Иккиламчи	-	3	1	4	2	2	1	13
фоизи		23,1%	7,7%	30,7%	15,4%	15,4%	7,7%	100%

Клини-анамнестик маълумотларни ўрганиш шуни кўрсатдики, КМП касалликларида клиник жиҳатдан қуйидаги белгилар кўп учрайди:

-Юрак соҳасида сиқувчи оғрик, физик ҳаракатда пайдо бўлади, инадиация бермайди, 5-7 мин кейин ўзи тўхтайди.

- физик ҳаракатда нафас қисиш

- сиқилувчи бош оғриғи

- қон босимининг кўтарилиши 160/110 мм с.у.

- ритм бузилган юрак уриши, қулоқда шовқин

Наслий анамнези: ота-онасида гипертроиф касаллиги, қандли диабет

Бирламчи КМП-ларнинг асосий клиник-морфологик формаларининг клиник-анамнестик маълумотлари таҳлили қуйидагича бўлиб чиқди.

Дилатацион КМП.



Дилятацион КМП ҳолатларида клиник жиҳатдан касаллар физик ҳаракатда нафас бўғилиш, юрак соҳасида узоқ давом этадиган сиқувчи оғриқ, юрак ишининг ҳар замонда тухташ хавфини пайдо қиладиган ишлаши кўринишидаги шикоятлар билан касалхонага тушган. Кўпчилигининг анамнезида алкоғолга берилувчанлик аниқланади. Алкоғол истемол қилгандан кейин нафас қисиши, ҳолсизлик, бош айланиши, оёқларда шиш пайдо бўлиши кузатилган. Клиник-лаборатор текширувда: Эхо-КГ да миокардда ўчоқли, айрим ҳолларда диффуз интерстициал ўзгаришлар, миокард қисқаришининг бузилиши, кучли митрал ва уч табақали қопқоқлар етишмаслиги аниқланган. ЭКГ-да кўпинча синусли ритм, пульс 60 атрофида, юрак электрик ўқи чап томонга сурилгани, миокардда метаболик ўзгаришлар аниқланади. Айримларининг наслида қориндошларининг айримларида КМП бўлганлиги қайд қилинган. Ўпка артерияси гипертензияси қайд қилинган. Кўпинча гипотония кузатилган, АБ – 80/60 – 90/60 мм с.у. бўлган.

Хаёт анамнезида айрим касалларда вирусли гепатит В ва С аниқланган, бошқаларида жароҳатлар, операция, артериал гипертензия, қандли диабет ва айримларида аутоиммун касаллик мавжудлиги қайд қилинган.

Дилятацион КМП тўғри диагностика қилиш учун қуйидаги текширувлар ўтказиш керак: аускультацияда – юрак урушининг тезлашиши, галоп ритми, митрал ва уч табақали қопқоқда шовқин, нафас тезлашиши, ўпкада ҳрқплар; ЭКГда – юрак чап қоринча ва бўлмачаси ишининг кучайиши, ўтказувчанлигининг бузилиши, атриовентрикуляр блокда; ЭхоКГ-да – юрак етишмаслиги; рентгенда ўпка артерияси гипертензияси, юрак ҳажмининг катталашishi.

Дилятацион КМП бўйича патологоанатомик диагнозга мисоллар.

1. Патологоанатомик диагноз:

- I. Асосий касаллик: Дилятацион КМП
- II. Асосий касаллик асоратлари: Тромбоэмболик эндокардит. Ўпканинг майда ва йирик қон томирларининг рецидивланган тромбоэмболияси. Ўнг ўпка инфарктлари. Кардиопульмонал шок. Икки томонлама серозли-геморрагик плеврит. Анасарка. Ички аъзолар умумий веноз тўлақонлиги ва паренхиматоз дистрофияси. Ўпка шиши.
- III. Йўлдош касаллик: Анемия

2. Патологоанатомик диагноз.

- I. Асосий касаллик: Дилятацион КМП, аритмогенная форма, Гис тутами чап тармоғи блокадаси.
- II. Асосий касаллик асоратлари: Юрак ўнг қоринчаси тромбози. Ўпка артерияси тромбоэмболияси. Иккала ўпка инфарктлари. Ички аъзолар умумий веноз тўлақонлиги ва паренхиматоз дистрофияси. Ўпканинг геморрагик шиши.
- III. Йўлдош касалликлар: Суринкали атрофик гастрит. Суринкали токсик гепатит.

Гипертрофик КМП.

ГКМП ген мутациясига асосланган чап қоринча миокардининг симметрик ёки асимметрик гипертрофияси билан кечадиган касаллик. Бу касаллик дастлаб 1956 йилда ёзиб қолдирилган. ГКМП сабаблари орасида наслий омил биринчи ўринда туради.

Тадқиқот натижалари ва уларни муҳокама қилиш: Бизнинг материалimizда ГКМП асосий симптоми сифатида касалларда клиник жиҳатдан ҳушидан кетиш (обморок) кузатилган. Бу касаллик ривожланишида клинистлар томонидан аритмия ҳолатлари, яъни



атриовентрикуляр блокада, қоринча пароксизмал тахикардияси ва қонни кам отиб бериш синдроми белгилари кўрсатилган. Юрак соҳасида ҳар хил турдаги оғриқлар кузатилган. Юрак ҳажми катталашishi ва миокард гипертрофияси ҳисобига тож артериялар етишмаслиги кўпинча бир томонлама қоринчада кузатилган. Қоринчаларнинг диастолосида бўшлиғининг тўлмаслиги ҳолати аниқланган. ГКМП клиник белгиларидан асосийси аритмия синдроми бўлган. Кўпинча атриовентрикуляр аритмия, қоринчалар пароксизмал тахикардияси ва суправентрикуляр аритмия аниқланган. ЭКГ-да чап қоринчанинг типик гипертрофияси аниқланади. Кўпинча патологик Q тишча ва R тишчанинг ўсиши, ГКМП юрак чўққиси формасида йириклашган T тишча аниқланган. Эхо-КГ да қоринчалар оралиғи девори қалинлашиши, чап қоринча орқа девори қалинлигининг қоринчалар оарлиғи деворига нисбати бузилиши кузатилган.

Демак, ГКМП ҳолатларининг клиник-анамнестик маълумотларини ўрганишда айрим ўзига хос белгилар аниқланди. ГКМП билан касалланганларда оилавий анамнез йўқлиги кузатилди. Юрак соҳасидаги кардиалгия ишемияга боғлиқ эмаслиги аниқланади. Аритмик синдром доимо бўлганлиги ва юрак диастоласи сусайганлиги кузатилади. ГКМП баъзида артериал гипертензия билан бирга келади.

Гипертрофик КМП бўйича патологоанатомик диагнозга мисоллар.

1.Патологоанатомик диагноз.

I. Асосий касаллик: Гипертрофик КМП, обструктив формаси.

II. Асосий касаллик асоратлари: Юрак чап қоринча девори асимметрик гипертрофияси ва обструкцияси. Чап қоринча миокарди тоноген дилатацияси. Кичик қон айланиш доираси тўлақонлиги. Ўпка шиши.

III.Йўлдош касалликлар: Суринкали бронхит. Ревматоид артрит.

2.Патологоанатомик диагноз.

I. Асосий касаллик: Гипертрофик КМП, чап қоринчанинг субаортал стенози.

II. Асосий касаллик асоратлари: Юрак чап қоринчаси суринкали етишмовчилиги. Аортанинг торайиши. Септал гипертрофия. Ички аъзолар веноз тўлақонлиги ва паренхиматоз дистрофияси. Ўпка шиши.

Рестриктив КМП.

Рестриктив КМП хос белгилари, бу – миокард эластиклиги бузилиши оқибатида юрак диастолик функцияси бузилиши ҳисобланади. Бу касалликнинг абсолют мезини, бу қон айланишининг рестриктив ҳолатга ўтиши. Касалликнинг илк босқичларида миокардда эозинофил инфильтрация, кейинги босқичларида – интерстициал фиброз ва эндокарднинг қалинлашиши кузатилади.

Хусусий материал таҳлили шуни кўрсатдики, рестриктив КМП ҳолатларининг клиник-анамнестик маълумотларини таҳлил қилинганда қуйидагилар аниқланди. Асосий клиник жиҳатдан касалларни безовта қилиши, бу тез чарчаш, юрак тез уриши, нафас бўғилиши каби белгилар бўлиб чиқди. Бу касаллик диагнозини аниқлаш морфологик текширувга боғлиқ, яъни юракдан биопсия олиб ундаги эозинофил инфильтрация ва фиброзни топиш ҳисобланади. Айрим касалларда юрак қоринчалари дилатацияси, трабекулаларининг гипертрофияси, систолик дисфункция аниқланган. Ёши катта одамларда РКМП юрак ишемик касаллиги, қандли диабет ва склеродермия билан бирга кечганлиги аниқланди. Битта ҳолатда РКМП 22 ёшли кишида ривожланган бўлиб, унда бир вақтнинг ўзида метаболитлар тўпланиш касаллиги билан бирга давом этганлиги аниқланган. Яна бир ҳолатда РКМП узок вақт давом этувчи тахикардия билан намоён бўлган. ЭхоКГ-да юрак миокарди интерстициал тўқимасининг



дисплазияси, хордалар ва қопқоқлар табақаларининг фиброзланиши аниқланган. МРТ-да юрак қоринчалари оралиғи деворида тарқоқ ҳолдаги интрамурал фиброз аниқланган. Касаллар анамнези кўриб чиқилганда РКМП билан касалланганлар қариндош уруғларининг айримларида юракдан тасодифий ўлим, юрак туғма нуқсонлари мавжудлиги аниқланган.

Рестриктив КМП бўйича патологоанатомик диагнозга мисоллар.

1. Патологоанатомик диагноз.

I. Асосий касаллик: Идиопатик рестриктив КМП, юрак ўнг қоринчасининг дисплазияси.

II. Асосий касаллик асоратлари: Клиник маълумотлар бўйича юрак пароксизмал тахикардияси. Юрак ўнг қоринчаси дилатацияси. Ички аъзолар умумий веноз тўлақонлиги ва паренхиматоз дистрофияси. Ўпка шиши.

Ankara

Адабиётлар

1. Балыкова Л.А., Леонтьева И.В., Урзьева Н.Н., Щекина Н.В., Петрушкина Ю.А., Ивянская Н.В., Соловьев В.М. Миокардит с исходом в дилатационную кардиомиопатию, осложненную рефрактерной сердечной недостаточностью и потребовавшую трансплантации сердца // Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2018.-N 3.-С.105-111
2. Вайханская Т.Г., Сивицкая Л.Н., Курушко Т.В., Левданский О.Д., Даниленко Н.Г. Дилатационная кардиомиопатия: новый взгляд на проблему // Российский кардиологический журнал, 2019.-N 4.-С.35-47.
3. Сдвигова Н.А., Басаргина Е.Н., Рябцев Д.В., Савостьянов К.В., Пушкин А.А., Журкова Н.В., Ревуненков Г.В., Жарова О.П. Актуальность генетической верификации некомпактной кардиомиопатии у детей: клинические случаи // Вопросы современной педиатрии, 2018.-N 2.-С.157-165.
4. Скударнов Е.В., Лобанов Ю.Ф., Григорьевская О.А., Баюнова Л.М., Строзенко Л.А., Миллер В.Э., Пономарев В.С. Клинический случай: недифференцированная кардиомиопатия (некомпактный миокард левого желудочка) у ребенка // Сибирское медицинское обозрение, 2020.-N 3.-С.101-105.
5. Brieler J, Breeden MA, Tucker J. Cardiomyopathy: An Overview. Am Fam Physician. 2017 Nov 15; 96(10):640-646.
6. Ritterhoff J, Tian R. Metabolism in cardiomyopathy: every substrate matters. Cardiovasc Res. 2017 Mar 15; 113(4):411-421.