

IDIOPATINĖ DILATACINĖ KARDIOMIOPATIJA: KLINIKINIS ATVEJIS

Monika Kropaitytė¹, Neda Rylskytė¹, Daiva Emilija Rekienė²

¹Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Medicinos fakultetas,

²Lietuvos sveikatos mokslų universitetas, Vidaus ligų klinika

Raktažodžiai: dilatacinė kardiomiopatija, skilvelių virpėjimas, paroksizminė skilvelinė tachikardija, ritmo sutrikimai, staigi mirtis, prieširdžių virpėjimas.

Santrauka

Dilatacinė kardiomiopatija yra širdies raumens patologija, kuri išsivysto dėl genetinių ir aplinkos veiksnių derinio. Šiai ligai būdingi širdies nepakankamumo klinikiniai požymiai, įvairūs ritmo ir laidumo sutrikimai, angininio pobūdžio krūtinės skausmas. Dilatacinė kardiomiopatija diagnozuojama remiantis klinikiniais simptomais ir instrumentiniais tyrimais, paneigiant įgimtas širdies ydas, vainikinių arterijų, hipertenzines ligas, vožtuvų patologiją. Nediagnozuota ir negydoma liga didina staigios širdinės mirties riziką. Straipsnyje pristatomas klinikinis atvejis, kai pacientui dilatacinė kardiomiopatija pirmą kartą pasireiškė stenokardiniais skausmais ir gyvybei grėsmingais ritmo sutrikimais (paroksizmine skilveline tachikardija, skilvelių virpėjimu).

Įvadas

Dilatacinė kardiomiopatija (DKMP) yra širdies raumens liga, sukianti miokardo struktūros ir funkcijos sutrikimus [1]. Kliniškai ši patologija apibūdinama kaip kairiojo ar abiejų skilvelių išsiplėtimas ir sistolinė disfunkcija, nesant įgimtų širdies ligų, vainikinių arterijų ligos, hipertenzinės ligos ar vožtuvų patologijos [1]. Nors anksčiau DKMP buvo laikoma reta liga, šiuo metu jos paplitimas svyruoja nuo 1/2500 iki 1/250 žmonių [2]. Įprastai DKMP dažniau serga vyrai, nei moterys (3:1). Pacientai, sergantys dilatacine kardiomiopatija, turi polinkį į aritmijas ir net 30 proc. iš jų patiria gyvybei pavojingus ritmo sutrikimus [3].

Darbo tikslas – pristatyti klinikinį atvejį ir aptarti naujausius dilatacinės kardiomiopatijos diagnostikos ir gydymo principus.

Klinikinis atvejis

50 metų vyras atvyko į Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninės Kauno klinikų skubiosios pagalbos skyrių (LSMUL KK SPS) dėl pasikartojančio skausmo kairėje krūtinės ląstos pusėje. Ligonis stacionarizuotas į kardiologijos skyrių.

Iš ligos anamnezės žinoma, kad pastaruosius 17 metų paciento arterinis kraujospūdis (AKS) yra padidėjęs ir siekia 160/100 mmHg. Nuo 2003 m. kartojosi prieširdžių virpėjimo (PV) paroksizmai, kurie buvo nutraukiami elektros impulsu (EIT). Vėliau, kartojantis širdies ritmo sutrikimams, ligonis vartojo metoprololio sukcinatą, varfariną. 2013 m. pabaigoje dažniau vartojo alkoholinius gėrimus, vis dažniau kartojosi prieširdžių virpėjimo epizodai. Vieno epizodo metu ligonis pajuto dusulį ir sunkumą krūtinėje.

2014-01-01 dėl stenokardinio pobūdžio skausmų, įtarus nestabilią krūtinės anginą, pacientas stacionarizuotas į LSMUL KK kardiologijos intensyviosios terapijos skyrių. Hospitalizacijos metu paaiškėjo, kad pacientas prieš 7 dienas nutraukė vaistų vartojimą. 01-02 atlikta vainikinių arterijų angiografija (VAA): vainikinės arterijos be pakitimų. Vykdamas EKG stebėseną, 01-02 užregistruota *Torsades de pointes*, 01-03 – skilvelinė paroksizminė tachikardija, 01-04 – skilvelinė paroksizminė tachikardija bei skilvelių virpėjimas. Pacientas gaivintas, sinusinis ritmas atkurtas EIT. Pacientui 01-02 atlikta transtorakalinė echokardiografija: kairysis skilvelis (KS) dilatuotas, totaliai hipoakinetiškas, stebėta ženkli KS sistolinė disfunkcija (IF 15 proc.), platus mitralinio vožtuvo žiedas, III^o mitralinio vožtuvo nesandarumas, dilatuotas kairysis prieširdis, saiki dešiniųjų širdies dalių dilatacija (labiau dešiniojo prieširdžio), dešinysis skilvelis hipokinetiškas, II^o triburio vožtuvo nesandarumas (1 lentelė). Sistolinis spaudimas dešiniajame skilvelyje 50 mmHg. Pacientas tirtas esant tachisistoliniam prieširdžių virpėjimui.

Nesant kitų ligų, galinčių sukelti KS disfunkciją, pacientui diagnozuota dilatacinė kardiomiopatija, lėtinis kairiojo skilvelio nepakankamumas, C stadija, III funkcinė klasė

1 lentelė. Echokardiografinio tyrimo dinamika.

Rodikliai	2014-01-02	2017-06-15	2019-02-12	2020-12-03
Kairiojo skilvelio galinis diastolinis dydis (mm)	58	50	45	50
Užpakalinės sienos storis diastolėje (mm)	11	9,6	8,6	11
Pertvaros storis diastolėje (mm)	8	10,6	11,6	12
Miokardo masės indeksas (g/m ²)	111	105	75	127
Išstūmio frakcija (proc.)	15	30	35	37
Dešiniojo skilvelio dydis (mm)	33	34	39	34
Santykinis sienelės storis	-	0,40	0,45	0,46
Kairysis prieširdis (mm)	78 x 53	44	47	45
Dešinysis prieširdis (mm)	65 x 54	48	44	43
Mitralinio vožtuvo žiedo judesio amplitudė, MVŽJA (mm)	-	14	16	13,2
Triburio vožtuvo žiedo judesio amplitudė, TVŽJA (mm)	14	21	24	25
v _{max} pro aortos vožtuvą (m/s)	1,3	1,2	1,3	1,1
Regurgitacijos laipsnis:				
mitralinio vožtuvo	III	I	I	I
triburio vožtuvo	II	I-II	I	I

(NYHA¹), paroksizminio prieširdžių virpėjimo pasikartojimas (CHA₂DS₂VASc – 2 balai²). Dėl gyvybei pavojingų skilvelinių aritmijų ir ženklios KS disfunkcijos (IF 15 proc.), implantuotas kardioverteris defibriliatorius – IKD-DR (angl. CRT-D). Skirtas medikamentinis gydymas varfarinu, amiodaronu, metoprololio sukcinatu, torazemidu, spironolaktonu, ramipiriliu; rekomenduota atlikti genetinį tyrimą, tačiau pacientas tyrimo atsisakė. Dinamikoje buvo kartotos echokardiografijos – KS IF gerėjo (1 lentelė). Šiuo metu pacientui skiriamas metoprololio sukcinatas 47,5 mg 2 k./d., spironolaktonas 25 mg 1 k./d., mildronatas 500 mg 1 k./d., varfarinas (pagal SPA, INR).

Iš gyvenimo anamnezės žinoma, kad pacientui buvo diagnozuota skrandžio ir dvylikapirštės žarnos opaligė. Pastaruoju metu pacientas atsisakė žalingų įpročių – alkoholio nebevartoja 6 metus, nerūko 3 metus. Iki tol pacientas 20 metų rūkė ir epizodiškai gausiai vartojo alkoholį. Ligonio 35 metų tėvą ištiko staigi širdinė mirtis, mamai diagnozuotas lėtinis PV.

2020-12-03, kartojantis maudžiančio pobūdžio skausmui kairėje krūtinės laštos pusėje, dusuliui fizinio krūvio metu, vyras kreipėsi į LSMUL KK SPS. Stacionarizavus į kardiologijos skyrių, ištyrimo metu: pacientas sąmoningas, orientuotas, KMI – 27 kg/m², širdies veikla ritmiška, ŠSD – 69 k./min, AKS 130/89 mmHg, kojose edemų nėra.

Plaučiuose alsavimas vezikulinis, SpO₂ – 98 proc. be papildomo deguonies. Kitos sistemos be pakeitimų. Stacionare pacientui atlikti tyrimai. Registruotoje EKG – sinusinis ritmas, nėra R dantelio augimo nuo V1 iki V4 derivacijos, T dantelio amplitudė 1 mm I, aVL, V4-V6 derivacijose. Bendras ir biocheminis kraujo tyrimai be pakeitimų. Pacientui atlikta echokardiografija, stebėta koncentrinė KS hipertrofija, difuziškai sumažėjusi KS sienelių kontrakcija, sumažėjusi sistolinė, sutrikusi diastolinė KS funkcija, saiki KP dilatacija, sumažėjusi KS ilgosios ašies judesio amplitudė, maksimalus spaudimas DS 27 mmHg (1 lentelė). Atlikta IKD-DR patikra: nustatyta senkanti baterija, ligonis nusiųstas IKD-DR aparato keitimui dėl išsekusios baterijos.

2020-12-22 dėl IKD-DR baterijos išsekimo atlikta planinė aparato keitimo operacija. EKG stebimas sinusinis ritmas, ŠSD 74 k./min, registruojama bikamerinė skilvelinė stimuliacija. Pacientui rekomenduota sumažinti druskos kiekį maiste, riboti fizinį krūvį, tęsti gydymą metoprololio sukcinatu 47,5 mg 2 k./d., varfarinu (palaikant SPA, INR terapinio intervalo ribose), spironolaktonu 25 mg 1 k./d., mildronatu 500 mg 1 k./d. Tikslinga savalaikė IKD-DR patikra, šeimos gydytojo bei kardiologo konsultacijos.

Diskusija

Dilatacinė kardiomiopatija (DKMP) yra širdies raumens liga, sukelianti miokardo struktūros ir funkcijos sutrikimus [1]. Kliniškai DKMP apibūdinama kaip kairiojo ar abiejų skilvelių išsiplėtimas (dilatacija) ir sistolinė disfunkcija, nesant įgimtų širdies ligų, vainikinių arterijų ligos, hipertenzinės ligos ar vožtuvų patologijos [1]. Nors anksčiau DKMP buvo laikoma reta liga, šiuo metu jos paplitimas svyruoja nuo 1/2500 iki 1/250 žmonių [2]. Įprastai DKMP dažniau serga vyrai, nei moterys (3:1). Tradiciškai DKMP sukeliančios priežastys skiriamos į genetines ir negenetines, tačiau manoma, kad DKMP sukelia sudėtinga aplinkos ir genetinių veiksnių sąveika [2,4]. Šiuolaikinių tyrimų duomenys rodo, kad iki 40 proc. DKMP atvejų yra genetinės kilmės [2]. Genetinės kilmės DKMP dažniausiai paveldima autosominiu dominantiniu būdu, tačiau kai kurios specifinės formos gali būti paveldimos ir autosominiu recesyviniu būdu, su X chromosoma susijusiu būdu ar mitochondrinio paveldėjimu [5]. Iki šiol nustatyta daugiau nei 50 genų (ko-

¹ NYHA – Niujorko širdies asociacija (angl. New York Heart Association)

² CHA₂DS₂VASc – skalė, naudojama insulto rizikai įvertinti, kai pacientui nustatytas prieširdžių virpėjimas. 2 balai – rizika didelė.

duojančių branduolio apvalkalo, mitochondrijų, citoskeleto, tarpląstelių jungčių, jonų kanalų, sarkomerinius ir kitus baltymus) mutacijos, susijusios su DKMP [2,4,5]. Dažniausias yra šių genų mutacijos: *TTN*, *LMNA*, *PLN*, *RBM20*, *SCN5A*, *MYH7*, *TNNT2*, *TNNI3*, *DSP* [4,5] (2 lentelė). Galima daryti prielaidą, kad šis klinikinis DKMP atvejis turi genetinį komponentą, kadangi iš gyvenimo anamnezės žinoma, jog paciento 35 metų tėvą ištiko staigi mirtis, o mamai diagnozuotas lėtinis prieširdžių virpėjimas (2 lentelė).

Negenetinės DKMP priežastys gali būti virusinės, bakterinės, pirmuonių, helmintų ar grybelių sukeltos infekcijos, autoimuninės ir uždegiminės ligos (pavyzdžiui, miokarditas, vaskulitai, JAL), endokrininės ligos, neuromuskulinės ligos, elektrolitų pusiausvyros sutrikimas, toksinių medžiagų (pvz., alkoholio, kokaino, amfetamino, ličio, sunkiųjų metalų) poveikis (3 lentelė) [1,4].

Lėtinis piktnaudžiavimas alkoholiu yra dažna DKMP, pasireiškiančios 30-55 metų vyrams, priežastis [1]. Alkoholinės kilmės DKMP vystosi nepriklausomai nuo vartojamo alkoholinio gėrimo rūšies (vynas, alus ar stiprieji gėrimai), o nuo bendros suvartotos etanolio dozės per visą gyvenimą [6]. Asmenims, kurie ilgiau nei 5 metus išgeria > 90 g alkoholio per dieną (apytiksliai 7-8 SAV³ per dieną) kyla asimptominės alkoholinės kilmės DKMP išsivystymo rizika [6]. Tiek etanolis, tiek jo aktyvus metabolitas acetaldehidas yra tiesiogiai kardiotoksiškos molekulės, kurios sutrikdo struktūrinių baltymų sintezę, blogina širdies raumens kontraktiškumą bei skatina oksidacinę ir metabolinę pažeidimą, dėl kurios inicijuojama autofagija [1,6]. Iš nagrinėto klinikinio atvejo anamnezės žinoma, kad pacientas vartojo alkoholį, o po gausnesnio pavartojimo pasireiškėdavo ir ritmo sutrikimų. Tiesioginė paciento simptomų sąsaja su alkoholio vartojimu iliustruoja toksinį šios medžiagos poveikį širdies ir kraujagyslių sistemai.

Pirmieji DKMP simptomai dažniausiai pasireiškia trečiajame arba ketvirtajame gyvenimo dešimtmetyje ir labiausiai atspindi kairiojo ar abiejų skilvelių sistolinės disfunkcijos laipsnį nei pagrindinę ligos etiologiją [1,2]. Tai širdies nepakankamumo (ŠN) simptomai ir požymiai: dusulys, priepuolinis naktinis dusulys, ortopnėja, nuovargis, bendras negalavimas. Tiriant objektyviai nustatomas į šoną išplitęs širdies viršūnės trinksnis, trečiasis širdies tonas (S3), padidėjęs spaudimas jungo venose, teigiamas hepatojugulinis refliuksas, karkalai plaučiuose, periferinė edema [7]. Be to, gali pasireikšti atipinis krūtinės skausmas, tromboembolinės komplikacijos, širdies ritmo ir laidumo sutrikimai, pacientą gali ištikti kardio-

³ SAV – standartinis alkoholio vienetas

2 lentelė. Genai, susiję su DKMP [4,5].

Genas	Geno koduojamas baltymas
<i>TTN</i>	Titinas
<i>LMNA</i>	Lamininas A/C
<i>PLN</i>	Fosfolambanas
<i>RBM20</i>	RNR surišantis baltymas 20
<i>SCN5A</i>	Natrio kanalų baltymai, V tipas
<i>MYH7</i>	β-miozino sunkioji grandinė
<i>TNNT2</i>	Troponinas T
<i>TNNI3</i>	Troponinas I
<i>DSP</i>	Desmoplakinas

geninis šokas ar staigi širdinė mirtis [1,7].

Manoma, kad aritmijų atsiradimo rizika tiesiogiai priklauso nuo kairiojo skilvelio disfunkcijos laipsnio. Aritmijos, tokios kaip PV ir skilvelinės, gali būti pirmoji ligos išraiška, sergant tam tikrais genetiniais DKMP potipiais, pavyzdžiui, *LMNA* ir *SCN5A* sukeltomis DKMP [5]. Anksti atsiradantys širdies ritmo sutrikimai taip pat būdingi alkoholio sukeltai DKMP. Prieširdžių virpėjimas yra dažniausias, o skilvelinė tachikardija – vienas pavojingiausių ritmo sutrikimų, pasireiškiančių sergant alkoholine DKMP [6]. Šių aritmijų atsiradimas dažniausiai yra susijęs su piktnaudžiavimu alkoholiu arba abstinencija lėtinio alkoholizmo atvejais, kuomet nutraukus alkoholio vartojimą padidėja katecholaminų išsiskyrimas ir sukeliama elektrolitų disbalansas [6]. Ryšį tarp ritmo sutrikimų ir žalingo alkoholio vartojimo gerai iliustruoja anksčiau pristatytas klinikinis atvejis: pacientui kartojosi PV paroksizmai, o po gausnesnio alkoholio pavartojimo epizodų pasireiškėdavo kartotiniai gyvybei grėsmingi ritmo sutrikimai, tokie kaip *Torsades de pointes* (skilvelinė paroksizminė tachikardija) ir skilvelių virpėjimas.

Paciento gydymo taktikai ir ligos eigai labai svarbi ankstyvoji DKMP diagnostika ir priežasčių nustatymas. Nustačius minėtus klinikinio ištyrimo simptomus ir požymius, toliau būtina užrašyti EKG, atlikti echokardiografiją, krūtinės ląštos rentgenogramą. EKG stebimi ST-T pokyčiai, laidumo ir ritmo sutrikimai, pavyzdžiui, kairiosios Hiso pluošto kojų tės blokada, skilvelinės, prieširdinės aritmijos, skilvelinės

3 lentelė. Infekcinės kilmės DKMP priežastys [1,4].

Sukėlėjas	Pavyzdžiai
Virusai	<i>Adenovirus spp.</i> , <i>Coronavirus spp.</i> , <i>Cytomegalovirus spp.</i> , <i>Epstein-Barr virus</i> , <i>Human herpesvirus 6</i> , <i>HIV</i> , <i>Parvovirus (B19)</i> , <i>Varicella-zoster virus</i>
Bakterijos	<i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>Brucella spp.</i> , <i>Chlamydia spp.</i> , <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , <i>Salmonella berta et typhi</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , β-hemoliziniai streptokokai
Pirmuonys	<i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Plasmodium vivax et falciparum</i> , <i>Toxoplasma gondii</i>
Helmitai	<i>Schistosoma spp.</i> , <i>Taenia spp.</i> , <i>Toxocara spp.</i> , <i>Trichinella spp.</i> , <i>Echinococcus spp.</i>
Grybeliai	<i>Actinomyces spp.</i> , <i>Aspergillus spp.</i> , <i>Candida spp.</i> , <i>Cryptococcus neoformans</i>

ekstrasistolijos. Krūtinės ląstos rentgenogramoje matoma kardiomegalija, sąstovis plaučiuose. Vaizdiniuose tyrimuose stebima kairiojo skilvelio dilatacija ir disfunkcija [8]. Širdies magnetinio rezonanso tyrimas yra laikomas auksiniu standartu tiksliai skilvelių tūriui, išstūmio frakcijai vertinti [9]. Taip pat galima atlikti ir širdies kateterizaciją, kuri parodytų kairiojo skilvelio dilataciją, disfunkciją, padidėjusį diastolinį spaudimą, sumažėjusį širdies minutinį tūrį. Vainikinių arterijų angiografija yra svarbus tyrimas, siekiant atmesti išeminę širdies ligą [8].

DKMP gydymas apima širdies nepakankamumo gydymą, kraujospūdžio, rizikos veiksnių korekciją, etiologinių veiksnių modifikavimą. Nepriklausomai nuo priežasties, visi pacientai turi būti gydomi β -adrenoblokatoriais ir angiotenziną konvertuojančio fermento inhibitoriais (AKFI). IKD staigios širdinės mirties prevencijai yra indikuotinas tiems simptominiams pacientams, kurių IF mažiau nei 35 proc. ir QRS trukmė ilgesnė nei 150 ms [8]. Širdies transplantacija galima pacientams, kurie dėl DKMP pasiekė galutinės stadijos ŠN. Kaip tiltas į transplantaciją arba galutinę terapiją gali būti implantuojamas kairįjį skilvelį pavaduojantis prietaisas (angl. left ventricular assisting device, LVAD) [10].

Ilgą laiką DKMP buvo laikoma liga, kurios padariniai negrįžtami, tačiau pastarųjų metų studijos parodė, jog beveik 40 proc. pacientų stebima kairiojo skilvelio grįžtamoji remodeliacija (angl. left ventricular reverse remodeling), kuri yra vienas svarbiausių DKMP prognostinių veiksnių [2]. Kiti ligos sunkumo žymenys yra blogėjanti dešiniojo skilvelio funkcija, didėjanti funkcinė mitralinė regurgitacija, kairiosios Hiso pluošto kojų blokada (rodo prastesnę remodeliacijos prognozę) ir prieširdžių plazdėjimas [2]. Aprašytuoju klinikiniu atveju buvo stebėta, kaip keitėsi paciento išstūmio frakcija ir miokardo struktūra. Dinamikoje gerėjantys rodikliai rodo galimai vykstančią grįžtamąją kairiojo skilvelio remodeliaciją. Gerėjančią išstūmio frakciją galima sieti su sumažėjusiu alkoholio vartojimu.

Išvados

1. Dilatacinė kardiomiopatija yra struktūrinė ir funkcinė širdies raumens patologija, klinikinėje praktikoje neretai klaidingai palaikoma tiesiog ritmo sutrikimu.

2. Ligą sukelia genetinių ir aplinkos veiksnių derinys. Didelė dalis pastarųjų - modifikuojami.

3. Šis klinikinis atvejis yra priminimas, kad savalaikė rizikos veiksnių korekcija derinyje su medikamentiniu ir intervenciniu gydymu gali žymiai pagerinti miokardo funkciją ir paciento gyvenimo kokybę.

Literatūra

1. Schultheiss HP, Fairweather D, Caforio ALP, Escher F, Hershberger RE, Lipshultz SE, et al. Dilated cardiomyopathy. *Nat*

Rev Dis Primers 2019;5 (1):32.

<https://doi.org/10.1038/s41572-019-0084-1>

2. Merlo M, Cannatà A, Gobbo M, Stolfo D, Elliott PM, Sinagra G. Evolving concepts in dilated cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail* 2018;20:228-39.

<https://doi.org/10.1002/ejhf.1103>

3. Asatryan B, Chahal CAA. Enhancing risk stratification for life-threatening ventricular arrhythmias in dilated cardiomyopathy: the peril and promise of precision medicine. *ESC Hear Fail* 2020;7:1383-6.

<https://doi.org/10.1002/ehf2.12886>

4. Japp AG, Gulati A, Cook SA, Cowie MR, Prasad SK. The Diagnosis and Evaluation of Dilated Cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2016;67:2996-3010.

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.03.590>

5. McNally EM ML. DCM: genetic determinants and mechanisms. *Circ Res* 2017;121:731-48.

<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.309396>

6. Fernández-Solà J. The Effects of Ethanol on the Heart: Alcoholic Cardiomyopathy. *Nutrients* 2020;1:1-18.

<https://doi.org/10.3390/nu12020572>

7. Mahmaljy H, Yelamanchili VS, Singhal M. Dilated Cardiomyopathy. [Updated 2020 Aug 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing 2021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezproxy.dbases.lsmuni.lt/books/NBK441911/?report=classic>

8. Dilated Cardiomyopathy | Current Medical Diagnosis & Treatment 2021 | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical.

9. Dilated cardiomyopathy. *Rapid Card Care*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2018:81-2.

<https://doi.org/10.1002/9781119547808.ch18>

10. Myocardial Diseases | Cardiology: An Integrated Approach | AccessMedicine | McGraw-Hill Medical.

IDIOPATHIC DILATED CARDIOMYOPATHY: CASE REPORT

M. Kropaitytė, N. Rylskytė, D. E. Rekienė

Keywords: dilated cardiomyopathy, ventricular fibrillation, paroxysmal ventricular tachycardia, arrhythmias, sudden death, atrial fibrillation.

Summary

Dilated cardiomyopathy is a pathology of the heart muscle that develops due to a combination of genetic and environmental factors. This disease is characterized by the symptoms of heart failure, various arrhythmias and conduction disorders, ischaemic chest pain. Dilated cardiomyopathy is diagnosed based on clinical signs and instrumental tests in the absence of congenital heart diseases, coronary artery disease, hypertension, valvular heart pathologies. If this condition is left undiagnosed or untreated, the risk of sudden cardiac death increases. In this case report, we present a patient, who was first diagnosed with dilated cardiomyopathy after experiencing ischaemic chest pains and life-threatening arrhythmias (paroxysmal ventricular tachycardia, ventricular fibrillation).

Correspondence to: m.kropaityte@gmail.com