

Секция: Медицинские науки

**Альмухамбетова Рауза Кадыровна**

*кандидат медицинских наук, доцент,*

*профессор кафедры внутренних болезней №3*

*Казахский Национальный медицинский университет*

*имени С. Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Кузнецова Алина Сергеевна**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Малабаева Динара Камалитдиновна**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Моминова Гульчехра Хусановна**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Искакова Индира Магадалиевна**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Матымова Меруерт Кундызбековна**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Кайсаева Айзада Аликкызы**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

**Қасымбекова Гүлсім Әуезқызы**

*врач-интерн*

*Казахского Национального медицинского университета*

*имени С.Д. Асфендиярова*

*Алматы, Республика Казахстан*

## **ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У БЕРЕМЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Дилатационная кардиомиопатия (ДКМП) является наиболее распространенной из всех кардиомиопатий. По определению, она характеризуется расширением камер сердца со снижением систолической функции левого желудочка и наличием диастолической дисфункции различной степени. ДКМП является терминальной стадией течения многих заболеваний сердца. Несмотря на все достижения медицины, смертность этих пациентов в целом составляет 50% за 5 лет, 19% из них требуется стационарное лечение в первый год после установления диагноза. За последние 50 лет статистические показатели смертности мало изменились.

Прогноз в поздних стадиях столь же плох, как и при злокачественных опухолях.

У беременных – заболевание начинается в последний месяц беременности или в течение 5 месяцев после родов. Не должно быть других причин сердечной недостаточности, диагностированных прежде или во время этого промежутка времени[1,с.29-40; 2,с.47-97].

**Целью нашего исследования** явился анализ истории болезни пациентки А., 36 лет, беременность 26 недели.

**Материал и методы:** Больная получала стационарное лечение в НИИ кардиологии и внутренних болезней с диагнозом: Рецидивирующая пароксизмальная фибрилляция предсердий. Вторичная легочная гипертензия II степени. Состояние после ЭФИ РЧА по поводу предсердной тахикардии (2010г), ХСН ПА, ФКП, Диффузный зоб 1 степени, Медикаментозный эутиреоз, Беременность 26 недель, Многоводие, Первородящая старшего возраста.

На фоне проводимого лечения на УЗИ плевральной полости обнаружен левосторонний экссудативный плеврит. Произведены плевральные пункции 3 – хкратно, эвакуированы 550,0 мл, 450,0, 450,0 мл- при цитологии плевральной жидкости: нейтрофилы 22%, эозинофилы 2%, лимфоциты 51%, клетки мезотелия 25%, атипические клетки не обнаружены, проба Ривальта положительная. Учитывая отсутствие положительной динамики на фоне лечения, больная была переведена с диагнозом: Левосторонний экссудативный плеврит неясной этиологии с ДН 0-1 степени в Национальный научный центр фтизиопульмонологии в специализированное отделение для уточнения диагноза и лечения. Результаты проб на туберкулез отрицательны.

**Результаты и обсуждения.** При поступлении: жалобы на одышку в покое и при физической нагрузке, вынужденное положение, чувство сердцебиения, утомляемость, выраженную слабость. Считает себя больной

в течение последних 8 лет, когда появились вышеуказанные жалобы и диагностирован: «Ревматический миокардит инфарктоподобная форма, тяжелое течение. Сложные нарушения ритма и проводимости: пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия преходящая синоаурикулярная блокада II степени, политопная экстрасистолия, миграция водителя ритма, преходящие пассивные ритмы из АВ-соединения, предсердий, внутрисердечная блокада, блокада правой ножки пучка Гиса. Пневмония правого и левого легкого, субтотальная, осложненная плевритом справа. ДН 2 ст. Диффузно-токсический зоб 2ст. Тиреотоксическое сердце». Была проведена ЭФИ РЧА, со слов больной, приступы прекратились. 14 лет назад - лобэктомия нижнего отдела правого легкого с подозрением на эхинококкоз, который, со слов больной, не подтвердился. 2 года назад ухудшение состояния, появились отеки на лице, конечностях после физических нагрузок, наружных половых органах. Данное ухудшение - последние 2-3 дня, когда усилилась одышка и выросли отеки, в экстренном порядке госпитализирована.

Общее состояние тяжелое за счет легочно-сердечной недостаточности. Сознание ясное, адекватно. На вопросы отвечает правильно. Положение вынужденное. Удовлетворительного питания. Вес 53 кг. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы бледной окраски, имеется герпетическая сыпь на кожных покровах в области ягодиц. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненные. Суставы внешне не изменены, деформации нет. Грудная клетка цилиндрической формы, левая половина несколько отстает в акте дыхания. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах, отсутствует. ЧДД 22 в мин. Справа в грудной клетке имеется послеоперационный рубец. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 100 ударов в минуту. В остальном, в пределах физиологической нормы при беременности. При обследовании: в общем анализе крови и мочи и

биохимических анализах – патологии нет. По данным СМАД среднее значение АД в течение суток в пределах нормы. Отмечаются разовые эпизоды систолической гипотензии до 85-78 мм.рт.ст в 22:38, 03:20-03:50, 04:50. На ЭКГ - Ритм синусовый, правильный. ЧСС 75 уд в мин. ЭОС не отклонена. Низковольтная ЭКГ. Групповые «залповые» предсердные экстрасистолы. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации.

ЭКГ по Холтеру: Основной ритм синусовый. максимальная ЧСС 208-214 уд/мин (20:17 при хаотической предсердной тахикардии), минимальная ЧСС 60 уд/мин (11:16), средняя ЧСС 91 уд/мин. В течение суток регистрируется рецидивирующая предсердная тахикардия в т.ч. единичная хаотическая предсердная тахикардия, с максимальной ЧСС 208-214 уд/мин в 20:17, с максимальной длительностью до 5 секунд в 22:17. Частая наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭС) 12978 за сутки (составляет 10,4%), с короткими эпизодами бигемии (11:39), тригемии, частые парные НЖЭС (16:36, 02:34....), групповые НЖЭС (11:46,...). Одиночные желудочковые экстрасистолы 43 за сутки (составляет менее 0,1%). Пауз более 2,0 сек нет. Значимых изменений сегмента ST не выявлено.

Заключение ЭхоКГ: Аорта без особенностей. Полости обеих предсердий умеренно расширены. Проплапс МК 1ст с МР 1-2ст. Показатели систолической функции миокарда умеренно снижены – 39%. Умеренная легочная гипертензия.

Рентгенологически: легочные поля без очаговых теней. Легочный рисунок усилен, сгущен в прикорневой области. Слева в легком, начиная с 4 ребра по передним отрезкам до купола диафрагмы гомогенное интенсивное затенение с косым внутренним контуром за счет наличия жидкости в левой плевральной полости. Справа – синус свободный, плевральные наслоения по костальной плевре с частичной облитерацией

синуса. Справа – легкое оперированное (нижняя лобэктомия). Кардиомегалия. Сердце – расширено, конфигурация изменена..

Проведено лечение: Антибактериальная и противовирусная терапия, бисопролол (конкор) по 2,5 мг\* 1 таб. 2 раза в день, диуретики - фуросемид 2,0 в/м, торасемид(бритомар) по 5 мг в сутки, антикоагулянты (фраксипарин 0,3 ЕД п/к №4), препараты железа (ферровит), эутирокс, иодомарин, кальций Д3. С целью уточнения этиологии плеврита 29.06.2017г. произведена диагностическая миниторакотомия с биопсией плевры слева.

На 6-ой день пребывания в стационаре состояние больной внезапно ухудшилось, посинела (лицо, шейно-воротниковая зона). Сознание и дыхание отсутствуют. Пульс на сонной и периферических сосудах не определяются. Реанимационные мероприятия в полном объеме в течение 30 минут, без эффекта, и констатирована биологическая смерть.

**Патолого-анатомический диагноз:** Основное заболевание – идиопатическая ДКМП в стадии декомпенсации.

Осложнение – хроническая сердечно-легочная недостаточность.

Непосредственная причина смерти – фибрилляция желудочков.

Сопутствующие заболевания – мускатный цирроз печени. Спленомегалия. Микрофолликулярный коллоидный зоб. Викарная эмфизема левого легкого. Полисерозиты: очаговый склероз мягкой мозговой оболочки, неспецифический двусторонний продуктивный плеврит с выраженным склерозом, выраженные спайки в средостении, правой и левой плевральных полостях, диафрагме, перикарде. Ателектаз правого легкого с началом пневмофиброза. Хронический пиелонефрит. Хронический гастрит. Выраженные спаечные процессы в средостении, в правой и левой плевральных полостях, диафрагме.

Описано около 75 разных причин. Но даже среди пациентов с ДКМП, которым проводилась эндомикардиальная биопсия, в 51%

случаев заболевание было расценено как идиопатическое. Второй наиболее важной причиной является миокардит (9,2%), далее ИБС (7,7%) кардиомиопатия беременных и родильниц (4,5%), артериальная гипертензия (4,2%). Амилоидоз, ВИЧ-инфекция и хронический алкоголизм являются причиной 3% случаев ДКМП. Прием лекарственных препаратов вызывает менее 3% случаев, недавно к этому списку был добавлен интерферон. Установление специфического гистологического диагноза с помощью эндомикардиальной биопсии возможно только в 16%, при этом наиболее часто выявляется миокардит. Эндомикардиальная биопсия важна для диагностики и выбора тактики лечения, но она не влияет на долгосрочные показатели смертности.

В клинической практике для выявления отягчающих факторов у пациента с обострением застойной сердечной недостаточности необходимо собрать подробный анамнез и провести полный врачебный осмотр. Значение хорошо собранного анамнеза трудно переоценить. Многие из этих отягчающих факторов можно устранить, поэтому важно своевременно и точно идентифицировать.

Необходимо исключить: приступообразные аритмии, чаще всего тахисистолическую форму фибрилляции предсердий; повышение температуры и вообще любые инфекции, тяжелая физическая нагрузка усугубляют течение ДКМП и ХСН. некоторые лекарственные препараты, эффективность которых подтверждена, например, ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы, либо назначены в недостаточной дозе, либо применяются неправильно (быстрое увеличение дозы бета-адреноблокаторов или назначение субтерапевтических доз).

Беременность противопоказана при: легочной гипертензии (давление в ЛА > 75% системного давления); кардиомиопатии с сердечной недостаточностью III - IV класса по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA).



Эти заболевания имели место у нашей больной. Были отягчающие факторы: приступообразные аритмии, тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Хроническая герпетическая инфекция в стадии обострения, которые, безусловно, усугубляли течение ДКМП.

Электрокардиостимуляция показана для поддержания сердечного ритма (с предварительной аблацией) и для обеспечения атриовентрикулярной синхронизации и оптимизации атриовентрикулярной задержки. Классическим показанием к проведению кардиостимуляции с аблацией АВ узла является рефрактерная тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Накапливается все больше данных, свидетельствующих о большей эффективности двухкамерной стимуляции по сравнению со стимуляцией правого желудочка.

Поскольку частота возникновения желудочковых нарушений ритма и аритмической внезапной смерти у таких пациентов высока, многие из них становятся кандидатами на имплантацию автоматического кардиовертера-дефибриллятора с возможностью двухкамерной стимуляции в сочетании с приемом амиодарона.

**Таким образом,** у нашей больной А., 36 лет, предварительно прошедшей ЭФИ и РЧА (в 2010 г.) сохранялись рецидивирующая пароксизмальная фибрилляция предсердий. Рецидивирующая пароксизмальная предсердная тахикардия. Предсердные экстрасистолы. На фоне хронического легочного сердца и вторичной легочной гипертензией II степени. Беременность ей была противопоказана, при наличии отягчающих факторов: приступообразных аритмий, хронической герпетической инфекции в стадии обострения, что, закономерно, привело к усугублению сердечной недостаточности и развитию внезапной аритмической смерти.



### **Литература**

1. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации / Российский кардиологический журнал 2013; 4 (102), приложение 1.с.29-40.
2. Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J. 2011; 32:3147–97.