

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

Жангелова Шолпан Болатовна

*кандидат медицинских наук, доцент,
профессор кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова*

Алматы, Республика Казахстан

Капсултанова Дина Амангельдиновна

*кандидат медицинских наук,
доцент кафедры внутренних болезней №3
Казахский национальный медицинский университет
имени С. Д. Асфендиярова*

Алматы, Республика Казахстан

Тыналиева Шынар Айтжановна

*Заведующая кардиологическим отделением №3
Городской кардиологический центр,*

Алматы, Республика Казахстан

Абилов Икром Гайбуллаевич

*врач-интерн
Казахского национального медицинского университета
имени С. Д. Асфендиярова*

Алматы, Республика Казахстан

Жұмабаева Мөлдір Гафурқызы

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Кенжебаев Амантай Ералыович,

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИПОРТАЛЬНОЙ КАРДИМИОПАТИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Перипортальная кардимииопатия (ПКМП) - довольно редкое и тяжелое заболевание, возникающее у ранее здоровых беременных в последний месяц беременности или на протяжении 5 месяцев после родов. Характеризуется развитием систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), тромбоэмболическими осложнениями, нарушениями ритма сердца и проводимости. Заболеваемость ПКМП колеблется от 1 случая на 1300 до 1 случая на 15 тыс. женщин, родивших живых детей, в среднем — 1 случай на 2289 рожениц) [1,с.13919; 2,с. 767–778; 3,с. 3147-97; 4,с. 1970-1981; 5, с. 583–591].

Целью нашего исследования явился анализ истории болезни больной А., 35лет (№ истории болезни 9981).

Материал и методы: пациентка была выписана 3 дня назад после родов (самопроизвольные многоплодные роды в сроке 38 недель, двойня, без особенностей, первые роды – срочные, 3 года назад.) Ухудшение - после переохлаждения.

Результаты и обсуждения. Пациентка поступила с жалобами на периодические ноющие боли в области сердца, сердцебиение, одышку в покое, кашель с отделением кровянистой мокроты, боли в горле, общую слабость. Появились озноб, боли в горле, слабость, сухой кашель, выраженное сердцебиение, одышка в покое. Из анамнеза: ранее по поводу патологии сердца не наблюдалась, не обследовалась.

При обследовании: состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, сухие. Питание удовлетворительное. ИМТ - 19. На голенях выраженные отеки до колена. Т- 36,4С. Дыхание свободное, через нос. Ортопноэ, тахипноэ. Аускультативно: дыхание ослабленное везикулярное, в нижних отделах не прослушивается, единичные влажные хрипы. ЧДД 22 в 1мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. АД 110/80 мм. рт. ст. ЧСС 110 в мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги. Стул без особенностей. Матка не пальпируется, из половых путей скудные кровянистое отделяемое. Молочные железы мягкие. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В лабораторных анализах -лейкоцитоз - $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ- 25 мм /ч; тропонин I hs tnl -0,107 ng/ml (норма – 0,04); BNP . - 3029,5нг/мл (норма - 100); Д-димер: 3220 - 2250 нг/мл (норма – 500);

На ЭКГ – синусовая тахикардия с ЧСС – 110 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Низкий вольтаж зубцов. Диффузные изменения миокарда в области верхушки, боковой стенки.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки - D - 28,3 см. Ширина сосудистого пучка - 50 мм. Объем циркулирующей крови – не увеличен. Сог: L- 13,9 см, Т- 14,3 см, сti- 51 % Гемодинамика малого круга кровообращения – признаки умеренной легочной венозной гипертензии.

Нормоволемия. В легких: признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии. Ателектаз субсегмента нижней доли правого легкого, не исключается ТЭЛА на фоне осложненной инфарктной пневмонии. Небольшой выпот в правом синусе. Тень сердца умеренно увеличена влево, интенсивная. Аорта: уплотнена. Рекомендовано – наблюдение в динамике.

ЭхоКГ: исследование проводилось на фоне тахикардии, ЧСС - 129 уд в минуту. аорта не расширена, уплотнена. Незначительная недостаточность АК, умеренная недостаточность МК, ТК. Незначительное расширение левого предсердия и левого желудочка. Диффузный гипокинез МЖП и всех сегментов ЛЖ. Сократительная способность ЛЖ снижена, ФВ по Симпсону 32%, ПЖ в норме. Выпот в полости миокарда 150,0 мл. Признаки умеренной легочной гипертензии, систолическое давление в ЛА - 46 мм рт.ст. ДЭХОКГ: регургитация на АК до 1 степени, МК 1-2 степени, ТК 1-2 степени.

УЗДГ вен нижних конечностей с обеих сторон. Глубокие и поверхностные вены голени проходимы, компрессивность сохранена, кровоток фазный. Тромбоза не выявлено. Перфорантные вены нижних конечностей: не лоцируются. Внутри просветные не выявленные. Заключение: на момент осмотра признаков тромбоза не выявлено.

УЗИ матки, шейки матки, яичника: ранний послеродовый период.

УЗИ ОБП и почек, плевральной полости: в плевральных полостях справа свободной жидкости около 850мл, слева 600мл. Незначительные изменения паренхимы печени. ЭХО признаки хронического холецистита. Умеренные изменения паренхимы поджелудочной железы. ЭХО признаки хронического 2-х стороннего пиелонефрита. Незначительная дилатация чашечек обеих почек. Микролитиаз.

Согласно литературным данным, факторами риска развития ПКМП являются:

- Возраст (чаще у беременных старше 30 лет)
- Многорожавшие женщины
- многоплодная беременность
- гестационная АГ, преэклампсия, которую диагностируют у 22% у больных ПКМП
- женщины негроидной расы
- генетическая предрасположенность.
- употребление кокаина.

К факторам риска у нашей пациентки можно отнести возраст, повторные роды, многоплодную беременность. Механизмы поражения кардиомиоцитов при ПКМП до конца неясны. Их повреждение может развиваться вследствие вирусной инфекции, генетических нарушений и токсемии с участием аутоиммунных механизмов. Существуют доказательства этиологической роли вирусных миокардитов в развитии ДКМП как в эксперименте на животных, так и у людей. Переохлаждение и развитие пневмонии могли спровоцировать развитие перипортальной кардиомиопатии у нашей пациентки. Диагноз ПКМП является диагнозом исключения. Описаны случаи бессимптомного течения этого заболевания. Клинические проявления ПКМП, кроме симптомов застойной СН, могут включать нарушения ритма сердца и тромбоэмболические осложнения. Во время беременности риск тромбоэмболических осложнений возрастает из-за высокой концентрации II, VII, VIII, X факторов свертывания крови и фибриногена, а также может быть связан с дилатацией полостей сердца, систолической дисфункцией и наличием фибрилляции предсердий. Повышенный риск их возникновения может сохраняться до 6 нед после родов. Критериями ПКМП являются: развитие СН у беременных в течение последнего месяца беременности или 5 мес. после родов; отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе до последнего месяца беременности; отсутствие другой причины для развития СН. По

литературным данным, при эхоКГ определяют дилатацию полостей сердца, снижение сократительной способности миокарда ЛЖ и ФВ, а несколько реже — относительную недостаточность митрального и трехстворчатого клапанов и наличие жидкости в перикарде, признаки систолической дисфункции ЛЖ (ФВ ЛЖ <45%, повышение уровня тропонина Т в сыворотке крови, что обладает неблагоприятной прогностической значимостью. Также возможно повышение уровня натрийуретического пептида В-типа.

На ЭКГ выявляют синусовую тахикардию, неспецифические изменения, нарушения реполяризации, ритма сердца и проводимости. Появление полной блокады левой ножки пучка Гиса при ППКМП следует рассматривать в качестве первого и, возможно, единственного признака дебюта заболевания.

Прогноз при ПКМП более благоприятный, чем при идиопатической ДКМП. Пятилетняя выживаемость больных ПКМП составляет 94%, ниже у больных со стойкими симптомами СН на протяжении 6 мес и более. Согласно результатам исследований, проведенных К. Sliwaetal. [91], восстановление функционального состояния сердца обычно происходит в течение 6 мес, однако может длиться и дольше. Нормализацию функционального состояния ЛЖ отмечают у 51–54% больных. Восстановление параметров систолической функции ЛЖ сердца чаще наблюдают у пациенток с ФВ ЛЖ не ниже 27–30% или конечно-систолическим размером ЛЖ, не превышающим 5,5 см.

Ранняя диагностика, своевременное и адекватное лечение застойной СН, антикоагулянтная терапия и профилактика внезапной смерти улучшают прогноз при этом заболевании. На фоне проводимой терапии самочувствие больной улучшилось, признаки сердечной недостаточности уменьшились, по ЭКГ и ЭхоКГ отмечена положительная динамика.

Первичная профилактика направлена на устранение рисков развития ППКМП. Женщины, страдающие ППКМП, нуждаются в тщательном консультировании по вопросам контрацепции, поскольку, повторная беременность повышает риск обострения заболевания, причем прерывание беременности не способствует предупреждению его развития.

Литература

1. Перипортальная кардиомиопатия. Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК. Версия: Клинические протоколы МЗ РК – 2014. // <https://diseases.medelement.com/disease/13919>.
2. SliwaK, Hilfiker-KleinerD, PetrieMC, MebazaaA, PieskeB, BuchmannE, Regitz-agrosekV, SchaufelbergerM, TavazziL, vanVeldhuisenDJ, WatkinsH, ShahAJ, SeferovicPM, ElkayamU, PankuweitS, PappZ, MouquetF, McMurrayJJV. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on peripartum cardiomyopathy. *Eur J Heart Fail* 2010;12:767–778.
3. Regitz-Zagrosek V, BlomstromLundqvist C, Borghi C et al for the Task Force on the Management of Cardiovascular Disease during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). 2011. ESC Guidelines on the management of cardiovascular disease during pregnancy. *Eur Heart J* 32(24): 3147-97
4. Blauwet LA, Cooper LT. 2011. Diagnosis and management of peripartum cardiomyopathy. *Heart* 97:1970-1981.
5. EURObservational Research Programme: a worldwide registry on peripartum cardiomyopathy (PPCM) in conjunction with the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Working Group on

PPCM. Karen Sliwa¹, Denise Hilfiker-Kleiner, AlexandreMebazaa et al.
European Journal of Heart Failure (2014) 16, 583–591