

Секция: Медицинские науки

Кодасбаев Алмат Турысбекович

директор городского кардиологического центра

Городской кардиологический центр

г. Алматы, Республика Казахстан

Альмухамбетова Рауза Кадыровна

кандидат медицинских наук, доцент,

профессор кафедры внутренних болезней №3

Казахский национальный медицинский университет

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Токсанбаева Гульжан Тынышбековна

ассистент кафедры внутренних болезней №3,

Казахский национальный медицинский университет

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Тыналиева Шынар Айтжановна

заведующая кардиологического отделения №3,

Городской кардиологический центр

Алматы, Республика Казахстан

Ким Анна Владиславовна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Амангельды Дәулет Мұратұлы,

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Турдиева Зарина Ринатовна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

Шарафутдинова Флюра Саматовна

врач-интерн

Казахского национального медицинского университета

имени С. Д. Асфендиярова

г. Алматы, Республика Казахстан

**ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ВОПРОСЫ
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**

Перипартальная кардиомиопатия (ППКМП) – заболевание неизвестной этиологии, развивается у ранее здоровых женщин в перипартальный период – в течение последнего месяца беременности или 5 месяцев после родов и характеризуется развитием систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), симптоматической сердечной недостаточности (СН), которая ассоциируется со значительной материнской смертностью. Относится к достаточно редким заболеваниям. Факторами риска развития ППКМП являются: возраст, количество беременностей и родов, многоплодная беременность, наличие гестационной артериальной гипертензии, преэклампсии, а также этническое представительство и генетическая предрасположенность [1, с. 14-30; 2, с. 534-538].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей клинического проявления, вопросов лабораторно-инструментальной диагностики ППКМП, определение тактики ведения данной больной.

Материал и методы. Под нашим наблюдением и лечением находилась больная А., 35 лет, поступившая в экстренном порядке в городской кардиологический центр (ГКЦ) г. Алматы.

Результаты и обсуждение. При поступлении больную беспокоили периодические ноющие боли в области сердца, сердцебиение, одышка в покое, кашель с отделением кровянистой мокроты, боли в горле, общая слабость. Со слов больной, ранее по поводу патологии сердца не наблюдалась, не обследовалась. Первые роды - срочные, 3 года назад. Данная беременность вторая - выписана 3 дня назад из Национального центра Акушерства и гинекологии, где были самопроизвольные многоплодные роды в сроке 38 недель, двойня, без патологии.

Ухудшение отмечает сразу после выписки, после переохлаждения, появились озноб, боли в горле, слабость, сухой кашель, выраженное сердцебиение, одышка в покое.

При объективном обследовании - состояние тяжелое. Ортопное, тахипное. Кожные покровы бледные, сухие. На голених выраженные отеки до колена. Температура тела - 36,4С. Дыхание ослабленное везикулярное, в нижних долях единичные влажные хрипы. ЧДД 22 в мин. 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 кровянистые выделения. Молочные железы мягкие. Симптом поколачивания (-) с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования

BNP - 3029,5нг/мл и Тропонин 0,107ng/ml; 0,034ng/ml— резкое увеличение кардиомаркеров подтверждает наличие сердечной недостаточности; Д-димер в динамике: 3220нг/мл-2250нг/мл-2250нг/мл-также резко повышен.

ЭКГ: Синусовая тахикардия с ЧСС 110 в мин. Вертикальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Низковольтная ЭКГ. Диффузные изменения на верхушке, боковой стенке.

Рентгенография органов грудной клетки - признаки умеренной легочной венозной гипертензии. Нормоволемия. В легких: признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии. Ателектаз субсегмента нижней доли правого легкого- не исключается тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), осложненная инфарктной пневмонией. Небольшой выпот в правом синусе. Тень сердца умеренно увеличена влево, интенсивная. Аорта: уплотнена.

ЭхоКГ - исследование проводилось на фоне тахикардии, ЧСС- 129 уд в мин. Аорта не расширена, уплотнена. Незначительная недостаточность аортального клапана (АК), умеренная недостаточность митрального клапана (МК), трикуспидального клапана (ТК). Незначительное расширение левого предсердия и левого желудочка. Диффузный гипокинез МЖП и всех сегментов ЛЖ. Сократительная способность ЛЖ снижена, ФВ по Симпсону 32%, правого желудочка - в норме. Выпот в полости миокарда 150,0 мл. Признаки умеренной легочной гипертензии, систолическое давление в легочной артерии 46 мм рт.ст. Регургитация на: АК до 1 степени, МК 1-2 степени, ТК 1-2 степени.

УЗИ плевральных полостей - свободной жидкости справа 250 мл, слева 200 мл.

Учитывая жалобы на одышку, увеличение Д-димера – до 3220нг/мл, данные рентгенографии органов грудной клетки - не исключается ТЭЛА, осложненная инфарктной пневмонией, было назначено УЗДГ вен нижних конечностей для исключения тромбоза.

УЗДГ вен нижних конечностей на момент осмотра признаков тромбоза не выявлено. УЗИ матки, шейки матки, яичника - ранний послеродовой период. Лохиметра.

ППКМП нередко осложняется нарушениями сердечного ритма и тромбозами, которые могут быть причиной смерти. Тромботические осложнения могут появиться вследствие большого количества веществ, отвечающих за свертываемость крови, и фибриногена в организме. Увеличение или расширение полости сердца тоже может стать причиной развития заболевания. У больных со значительно сниженной систолической функцией левого желудочка (фракция выброса 35% и менее) повышен риск тромбозов и тромботических осложнений за счет сочетания стаза крови в левом желудочке и состояния гиперкоагуляции, свойственного беременности. В этих случаях показана антикоагулянтная терапия: до родов нефракционированный гепарин или препараты низкомолекулярных гепаринов, после родов - варфарин. Однако, следует помнить, что назначение антикоагулянтов повышает риск кровотечения у матери и плода.

На фоне проводимой терапии- антибиотиками, ингибиторами АПФ, диуретиками и низкомолекулярным гепарином самочувствие больной улучшилось, явления сердечной недостаточности уменьшились, на ЭКГ и ЭХОКГ отмечена положительная динамика.

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. Большинство специалистов сходятся во мнении, что повторную беременность у них допускать нельзя, даже в случае полного восстановления нормальных размеров и функции левого желудочка сердца. Повторная беременность почти всегда приводит к рецидиву болезни, ведущему к летальному исходу.

Таким образом, у нашей больной факторами развития ППКМП могли быть многоплодная беременность и возраст, клинические проявления ППКМП требовали проведения дифференциальной

диагностики с пневмонией, ТЭЛА, однако наличие застойной сердечной недостаточности, развившейся в перипатальный период при отсутствии ее до беременности, данные лабораторно-инструментального обследования дали основание выставить диагноз ППКМП, определить вопросы лечения и дальнейшей тактики ведения больной.

Литература

1. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности. Российские рекомендации / Российский кардиологический журнал 2013; 4 (102), приложение 1, С.14-30.
2. Mustafa R., Ahmed S., Gupta A., Venuto R.C. A comprehensive review of hypertension in pregnancy / J. Pregnancy. – 2012. – Vol. 5 (3). – P. 534–538.