



ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Э.Б. Закирова¹, Е.Г. Слепуха¹, Н.В.Базаева¹, Э.И.Мухитова¹, Д.В.Димитриева², К.Д.Тронин², Е.В. Хазова², О.В. Булашова²

¹Государственное автономное учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова», г. Казань, Россия

² ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, Казань, Россия, г. Казань, Россия;

Источник финансирования: нет.



Актуальность:

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) – идиопатическая кардиомиопатия, представленная сердечной недостаточностью (СН) вследствие систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), развившейся к концу беременности или в течение нескольких месяцев после родов, если не определена иная причина СН. ПКМП является **диагнозом исключения** у женщин, у которых наблюдается СН вследствие систолической дисфункции ЛЖ при отсутствии другой причины.

Цель исследования:

Представить клинический случай пациентки Р. с перипартальной кардиомиопатией в послеродовом периоде.

Материалы и методы:

Проведён обзор литературы, изучена история заболевания пациентки Р.

Диагноз:

Диагноз: «Перипартальная кардиомиопатия. Дилатация полостей левого и правого желудочков, правого предсердия. ХСН 2Б со сниженной фракцией выброса ЛЖ – 17% по Симпсону. ФК IV. Умеренная митральная, трехстворчатая недостаточность, недостаточность на клапанах легочных артерий. Умеренная легочная гипертензия. Систолическое давление легочной артерии 37 мм. рт. ст. Двухсторонний гидроторакс. Железодефицитная анемия (ЖДА) легкой степени».

Данные анамнеза

Всего беременностей было 5, из них 1 искусственно прерванная. На 5-ый день после 4-х естественных родов развился эпизод боли в груди, потеря сознания вследствие массивного маточного кровотечения. Получала лечение в отделении гинекологии, проводились многократные гемотрансфузии. После выписки пациентка испытывала трудности при уходе за ребенком, кормлении грудью в виде нарастающей инспираторной одышки, пастозности стоп и голеней. За медицинской помощью обратилась через 3 месяца – амбулаторно консультирована кардиологом, выставлен предположительный диагноз «ПКМП. ХСН 2Б. Двухсторонний гидроторакс. Сердечная астма. ЖДА легкой степени» в связи с чем была направлена в отделение неотложной кардиологии с диагнозом, госпитализирована.

До и во время беременности не было выявлено сердечно-сосудистой патологии, воздействия токсических веществ на миокард. В течение беременности пациентка отрицает перенесенные инфекционные заболевания.

Медицинский анамнез: проведена холецистэктомия в 2017 г.

Эпидемиологический и аллергологический анамнез не отягощены.

Привычные интоксикации отрицает.

Инструментальные исследования:

Суточное ЭКГ мониторинг: синусовая тахикардия со ср. ЧСС 112 удм. Пауз не зарегистрировано. 4 одиночных НЖЭС, 19 одиночных ЖЭС. I парой полиморфных политопных ЭС. На протяжении всей записи регистрируется постоянная горизонтальная депрессия ST II, III, AVF до - 0,6-1,0 мм. Достоверной динамики ST-T нет.

По данным ЭхоКС выявлена дилатация ЛЖ - 6,4 см (Н: 3,7-5,6 см), КДР = 6,4 см (Н: 3,7-5,6 см), КДО - 134 мл (Н: до 120 мл) дилатация ПП - 3,3 см (Н: 2,3-3,7 см) и дилатация ПЖ - 3,2 см (Н: до 3,0 см). ФВ ЛЖ по Симпсону 17%. Диффузный гипокинез стенок ЛЖ и ПЖ. Выраженное снижение сократительной функции обоих желудочков. Умеренные митральная, трехстворчатая, легочная регургитации. Признаки умеренной легочной гипертензии.

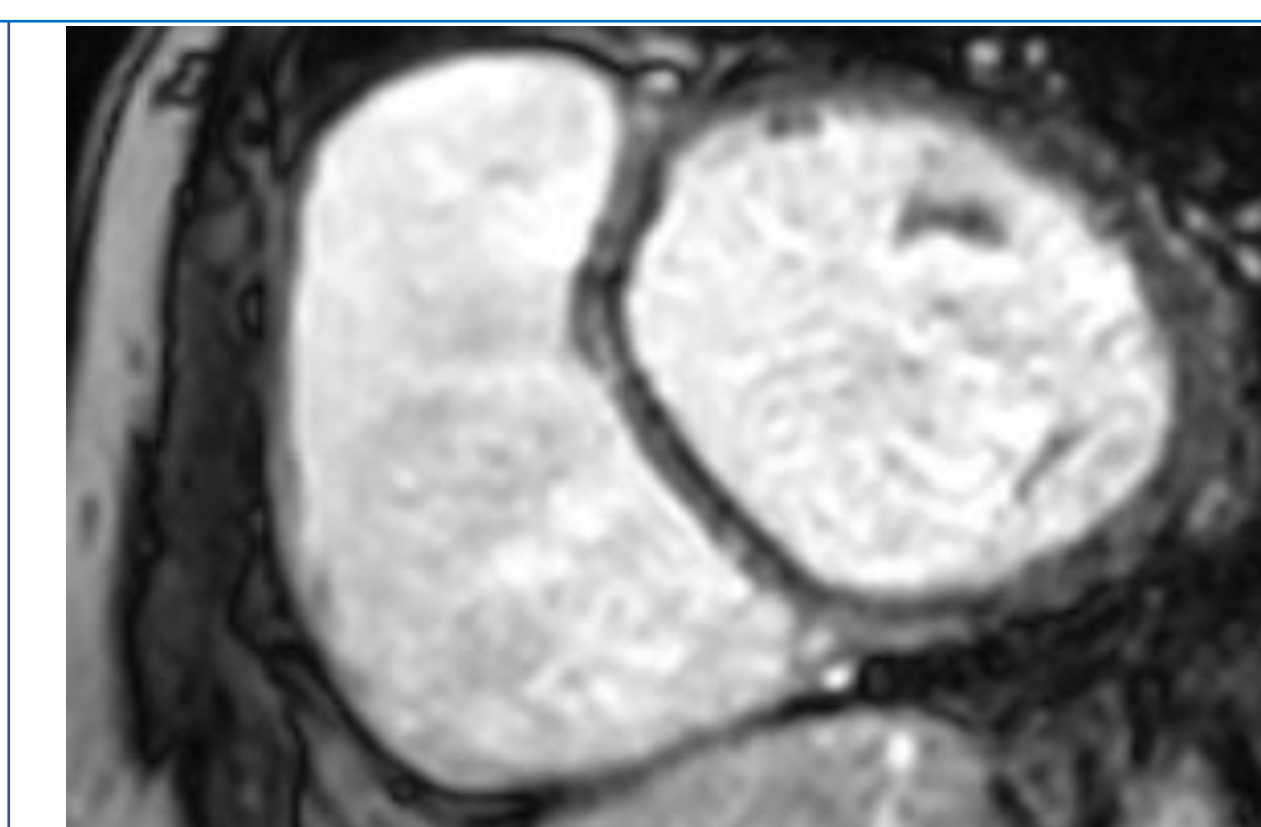
Лабораторные исследования:

Лабораторные показатели были в пределах референсных значений, за исключением уровня мозгового натрий-уретического пептида – 831,9 пг/мл, гемоглобина – 108 г/л, НСТ=33,3, МСН=26,0.

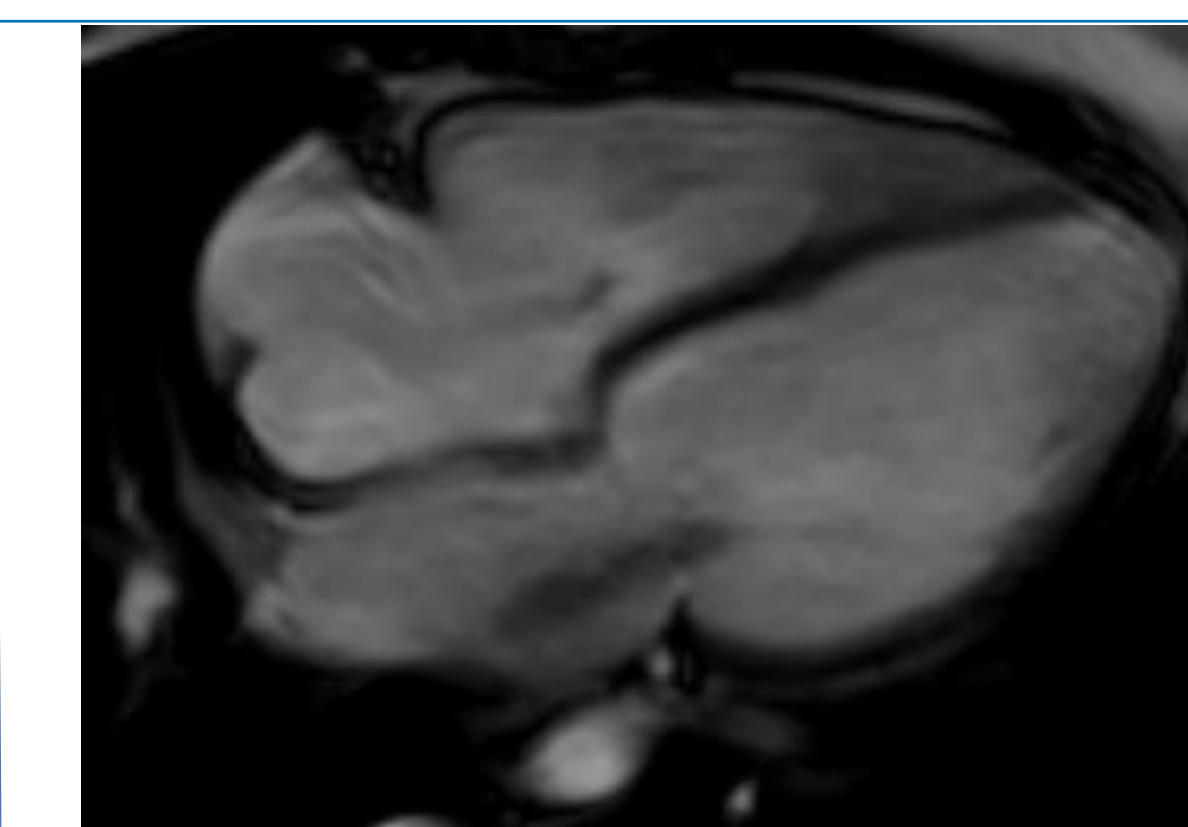
| Дата | Нб г/л | RBC | HCT | MCH | RDW-SV |
|------------|--------|------|------|------|--------|
| 04.12.2023 | 108 | 4.16 | 33.3 | 26.0 | 14.9 |
| 11.12.2023 | 130 | 5.00 | 40.3 | 25.9 | 15.9 |

МРТ сердца

Нарушение локальной сократимости ЛЖ в виде диффузного гипокинеза обоих желудочков. Дилатация обоих желудочков, правого предсердия. Выраженное снижение сократительной функции сердца (ФВ ЛЖ 13%, ФВ ПЖ 26%). Митральная регургитация умеренной степени. Трикуспидальная регургитация средней степени. Выраженный интерстициальный отек. МР-признаки выраженной гипертрофии левого желудочка (ИММ ЛЖ 75.1gr / m²).



Короткая ось ЛЖ. При раннем и позднем контрастировании отмечается интрамиокардиальное накопление контраста в перегородочных сегментах и задней стенке ЛЖ.



Четырехкамерная позиция по длинной оси. Кино-режим. Дилатация всех камер сердца. Нарушение локальной сократимости сердца в виде диффузного гипо-акинеза обоих желудочков. Выраженное снижение глобальной сократительной функции сердца (ФВ левого желудочка 13%, ФВ правого желудочка 26%). Митральная регургитация умеренной степени. Трикуспидальная регургитация средней степени.

Лечение:

- Метопролол 25 мг,
- Периндоприла аргинин 2,5 мг,
- Ивабрадин 7,5 мг 2р/д,
- Торасемид 10 мг,
- Эплеренон 25 мг

Учитывая негативную роль пролактина в развитии ПКМП пациентке был рекомендован отказ от кормления грудью, эффективная контрацепция.

Выводы:

ПКМП – диагноз исключения. Факторами, способствующими развитию ПКМП в представленном случае были: возраст старше 30 лет, 3 родов в анамнезе, ЖДА.

Диагноз ПКМП базировался на 3-х диагностических критериях:

- 1) развитие ХСН в течение 5 месяцев после родов;
- 2) отсутствие других причин для развития ХСН, а также вновь диагностированного заболевания сердца более, чем за 1 месяц до родов;
- 3) признаки дисфункции ЛЖ по данным ЭхоКС и МРТ со снижением ФВ ЛЖ до 13%.

