ISSN 2311-4495
ISSN 2410-5155 (Online)
УДК 616.127-07:618.3-06-037-07

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ахмедов Ф.С., Зиядуллаев Ш.Х., Душанова Г.А., Аралов Н.Р.

Самаркандский медицинский институт им. И. П. Павлова,
Самарканд, Узбекистан

Контактная информация:

Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич,
Самаркандский медицинский институт им.
И. П. Павлова
ул. Амира Темура, д. 18,
Самарканд, Узбекистан, 703000.
E-mail: ziyadullayev@mail.ru

*Статья поступила в редакцию 20.05.2016
и принята к печати 01.06.2016.*

Резюме

Статья описывает клинический случай перипартальной кардиомиопатии у женщины 21 года.

Для цитирования: Ахмедов Ф.С., Зиядуллаев Ш.Х., Душанова Г.А., Аралов Н.Р. Клинический случай перипартальной кардиомиопатии. Трансляционная медицина. 2016; 3 (3): .

PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY. CASE REPORT

Akhmedov F. S., Ziyadullaev Sh.Kh., Dushanova G.A., Aralov N.R.

Samarkand State Medical Institute n.a. Pavlov, Samarkand, Uzbekistan

Corresponding author:

Shukhrat Kh. Ziyadullaev,
Samarkand State Medical Institute,
18 Amira Temura str.,
Samarkand, Uzbekistan 703000.
E-mail: ziyadullayev@mail.ru

*Received 20 May 2016 ; accepted 01 June
2016.*

Abstract

The article describes a clinical case of peripartum cardiomyopathy in a 21-year-old woman.

For citation: Akhmedov F. S., Ziyadullaev Sh. Kh., Dushanova G. A., Aralov N. R. Peripartum cardiomyopathy. Case report. Translyatsionnaya meditsina= Translational Medicine. 2016; 3 (3): 109–111.

Перипартальная кардиомиопатия (КМП) — редкое (в среднем 1 случай на 3000–4000 беременностей), но тяжелое заболевание, которое приводит к развитию фатальных осложнений. Распространенность перипартальной КМП широко варьирует, что, вероятно, связано с социально-экономическими и генетическими факторами, и составляет от 1 случая на 299 новорожденных на Гаити до 1 случая на 9861 новорожденного среди латиноамериканок, проживающих в США. Перипартальная КМП — идиопатическая кардиомиопатия, проявляется сердечной недостаточностью на фоне систолической дисфункции левого желудочка в конце беременности или в первые месяцы после родов. Как правило, клиническая манифестация происходит в промежутке между последним месяцем беременности и пятым месяцем после родов у ранее здоровых женщин; частота летальных исходов — 20–50 %. Первое описание сердечной недостаточности, развившейся во время беременности, относится к середине XIX века. В 30-х г. XX в. опубликованы две серии случаев ассоциированной с беременностью сердечной недостаточности, которые были названы «postpartal heart failure». В 1971 г. J. Demakis и соавт. предложили первые диагностические критерии перипартальной КМП, которые включали развитие сердечной недостаточности на последнем месяце беременности или в течение 5 мес. после родов при отсутствии выявленной причины для сердечной недостаточности и диагностированной патологии сердца до последнего месяца беременности. В 1997 г. J. Hibbard и соавт. предложили дополнительный эхокардиографический критерий: снижение фракции выброса левого желудочка менее 45 %, фракции укорочения — менее 30 %, или сочетание того и другого. Проведенные исследования позволили сформулировать новую патогенетическую теорию, согласно которой выделенный из гипофиза к концу беременности пролактин в условиях повышенного окислительного стресса в миокарде при участии катепсина D протеолитически расщепляется на низкомолекулярный фрагмент весом 16 кДа. Это приводит к повышенной экспрессии микроРНК-146а в эндотелиальных клетках, что дает антиангиогенное и проапоптотическое действие. На основании данной теории были предложены биомаркеры (NT-pro BNP, ADMA, Cathepsin D) и новые терапевтические мишени перипартальной КМП. Подтверждение этой теории — данные, демонстрирующие благоприятное влияние присоединения бромкриптина, вызывающего фармакологическое ингибирование пролактина, к стандартной терапии сердечной недостаточности при перипартальной КМП. К факторам риска развития

перипартальной КМП относят многоплодную беременность, артериальную гипертензию и преэклампсию, длительное лечение агонистами β -адренорецепторов, курение, принадлежность к негроидной расе.

Современные диагностические критерии перипартальной КМП включают:

- возникновение симптомов сердечной недостаточности в последний месяц беременности или первые 5 месяцев после родов;
- отсутствие другой выявленной причины для развития сердечной недостаточности;
- отсутствие распознанного сердечного заболевания до последнего месяца беременности;
- эхокардиографические критерии: фракция выброса левого желудочка менее 45 % и/или фракция укорочения менее 30 %, конечный диастолический размер левого желудочка $> 2,7$ см/м².

Выделяют формы с дилатацией и без дилатации полости левого желудочка, однако снижение фракции выброса является обязательным для постановки диагноза.

Клинический случай

Пациентка 21 года, с неотягощенным анамнезом, через 20 дней после нормального родоразрешения (первая беременность, первые роды) поступила с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, удушье, кашель с мокротой, сердцебиение, общую слабость. При объективном обследовании выявлены: бледность кожных покровов, цианоз губ и ногтей, отеки на нижних конечностях, учащение дыхания до 28/мин и числа сердечных сокращений до 114/мин.

Больная госпитализирована в реанимационное отделение, проведен ряд клинико-лабораторных и инструментальных исследований. Заболевание было расценено как внебольничная острая пневмония тяжелого течения, начато соответствующее стандартное лечение. На 4-й день с учетом сильной одышки, двустороннего притупления нижних отделов легких, рентгенологически выявленных инфильтративных затемнений средней интенсивности с обеих сторон легких в нижних отделах и отсутствия положительной динамики заболевания решено проведение плевральной пункции. В результате из правой плевральной полости удалено 460 мл жидкости, из левой — 260 мл. Исследование полученной плевральной жидкости свидетельствовало о транссудатном характере плеврального выпота. Учитывая это, было высказано предположение о возможном генезе заболевания, связанном с периодом беременности, в частности, о перипартальной КМП. Как было отмечено выше, заподо-

зритель ПКМП можно на основании анамнестических и клинических данных, однако для верификации диагноза необходимо эхокардиографическое подтверждение нарушения систолы ЛЖ. В связи с этим проведено ЭхоКГ обследование и получено заключение о резком глобальном снижении систолической функции миокарда ЛЖ (фракция выброса ЛЖ — 25 %). Данные ЭхоКГ: КДР — 6,7 (норма (N) до 5,6); КСР — 5,9 (N до 3,8); КДО — 231 (N до 145 мл); КСО — 173 (N до 75 мл); УО — 58 (N 60–100 мл); ТЗСЛЖ — 0,76 (N до 1,1); ТМЖП — 0,83 (N до 1,1); ПЖ — 0,5 (N до 0,5); ЛП — 3,6 (N до 3,5); просвет корня аорты — 2,2 (N до 3,3). Митральный клапан: движение створок в противофазе, краевое уплотнение створок. Регургитация II–III степени. Аортальный клапан: без особенностей. Трикуспидальный клапан: регургитация I–II степени. Клапан легочной артерии: без признаков легочной гипертензии. МЖП — 0,83 (N до 1,1). Умеренный фиброз. Гемодинамика: фракция выброса — 25 % (N 55–75 %). *Допплер-КС*: Митральный клапан — скорость диастолического потока: пик E — 0,73 М/С, пик A — 0,29 М/С, E/A=2,52. Площадь МО — 4,3 см². Трикуспидальный клапан: скорость диастолического потока: пик E — 0,56 М/С, пик A — 0,29 М/С, E/A=1,93. Аорта: скорость систолического потока — 0,63 М/С (N 0,9–1,7 М/С). Клапан ЛА: скорость систолического потока — 0,63 М/С (N 0,6–0,9 М/С). *Заключение ЭхоКГ и ДопплерКС*: дилатация полостей ЛЖ, ЛП, ПП, ПЖ. Умеренный фиброз МЖП. Тотальная гипокинезия стенок ЛЖ. Недостаточность МК с регургитацией II–III степени. Регургитация ТК I–II степени. Резкое снижение глобальной систолической функции миокарда ЛЖ.

Таким образом, полученные анамнестические данные у пациентки, свидетельствующие о признаках развития СН, начиная с последнего месяца беременности до пятого месяца после родов включительно, отсутствии четкой установленной этиологии СН, отсутствии заболеваний сердца до последнего месяца беременности, при эхокардиографическом подтверждении нарушения систолы ЛЖ позволили диагностировать редкую форму дилатационной кардиомиопатии — послеродовую кардиомиопатию.

Как известно, своевременная диагностика и проведенное лечение — залог успешного исхода послеродовой кардиомиопатии. Прогностическими факторами этой патологии могут быть несколько родов в анамнезе, беременность близнецами, возраст после 30 лет, позднее проявление патологических изменений после родоразрешения. В данном случае у пациентки роды были первыми, первые жалобы она предъявила на первом месяце

после родов. Выявление кардиомегалии и тяжелой СН помогло правильно установить диагноз и провести терапию. У больных с послеродовой кардиомиопатией восстановление нормальных размеров и функционирования ЛЖ к пятому месяцу после родов является хорошим прогностическим признаком (в 50 % случаев). После выписки из стационара пациентка находится под наблюдением специалистов по месту жительства.

Конфликт интересов / Conflict of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / The authors declare no conflict of interest.

Информация об авторах:

Ахмедов Фарход Рахматуллаевич — врач-хирург, Самаркандский государственный медицинский институт;
Зиядуллаев Шухрат Худайбердиевич — к.м.н., Самаркандский государственный медицинский институт;
Аралов Нематилла Равшанович — д.м.н., Самаркандский государственный медицинский институт;

Author information:

Farkhod R. Akhmedov, Surgton, Samarkand State Medical Institute;
Shukhrat Kh. Ziyadullaev, PhD, Assistant Professor, Samarkand State Medical Institute;
Namatilla R. Aralov, MD, PhD, head of the department, Samarkand State Medical Institute.