



Клинический случай редкого заболевания сердца – перипартальной кардиомиопатии, возникшей в раннем послеродовом периоде



Петрова В.Б., Шумков В.А., Петрова А.И.

Северо-Западный Государственный Медицинский Университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Актуальность

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) является приобретенной кардиомиопатией, возникающая во время беременности или раннем послеродовом периоде и протекает с выраженным снижением фракции выброса левого желудочка (<45%). Возникновение симптомов сердечной недостаточности может возникать первые 4-5 месяцев после родов.

Причины данной патологии в настоящее время неизвестны. Факторами риска для возникновения ПКМП являются

- ✓ возраст старше 30 лет;
- ✓ многоплодная беременность;
- ✓ преэклампсия, эклампсия или послеродовая гипертензия в анамнезе;
- ✓ длительная (>4нед.) пероральная токолитическая терапия бета-адреномиметиками;
- ✓ негроидная раса;
- ✓ злоупотребление кокаином.

Материалы и методы

Клинический случай. Пациентка 40 лет, поступила на 35 неделе (многоплодная беременность) в отделение патологии беременных в городскую больницу в связи с резким нарастанием отеков, с выраженной одышкой в покое, повышением артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Поставлен диагноз преэклампсия и проведено экстренное родоразрешение Кесаревым сечением.

В послеродовом периоде сохранилось повышенное артериальное давление до 170/100 мм рт. ст., одышка в покое, отеки нарастали, самочувствие ухудшалось.

Из анамнеза известно, что во втором триместре беременности на фоне повышения артериального давления до 140/90 мм. рт. ст. выполнялось эхокардиография (ЭхоКГ): по данным которой полости сердца не расширены, фракция выброса (ФВ) по Симпсону 78%. В течение беременности на фоне постоянной лекарственной терапии (метилдопа) артериальное давление оставалось в нормальных пределах, вплоть до ухудшения состояния на 35 неделе. По данным ЭхоКГ после родоразрешения на 6 сутки: резкое снижение ФВ (рис 1.) на фоне диффузной гипокинезии (ФВ по Симпсону 29%). На фоне ухудшения состояния выполнена компьютерная томография легких и выявлены застойные изменения, двусторонний гидроторакс.

Результаты

Таким образом, соблюдая диагностические критерии: начало клинической картины сердечной недостаточности в послеродовом периоде, снижение сократимости ЛЖ с расширением всех полостей у пациентки без предшествующей патологии сердца, был поставлен диагноз ПКМП. Во время нахождения в стационаре проводилась терапия хронической сердечной недостаточности (диуретики, ингибиторы АПФ, β-блокаторы).

За время госпитализации купированы отечный синдром, гидроторакс, увеличена толерантность к физической нагрузке, достигнуты целевые значения артериального давления.

По данным ЭхоКГ отмечалась положительная динамика: ФВ увеличилась до 35%, митральная и трикуспидальная недостаточность стали менее выражены (2ст->1ст), произошло уменьшение объемов левого предсердия (111мл->76мл), нормализовалось легочное давление(48->30 мм.рт.ст), нормализовались размеры легочного ствола (30->22мм). Пациентка была выписана в стабильном состоянии, проведена подробная консультация о рисках связанных с последующими беременностями.

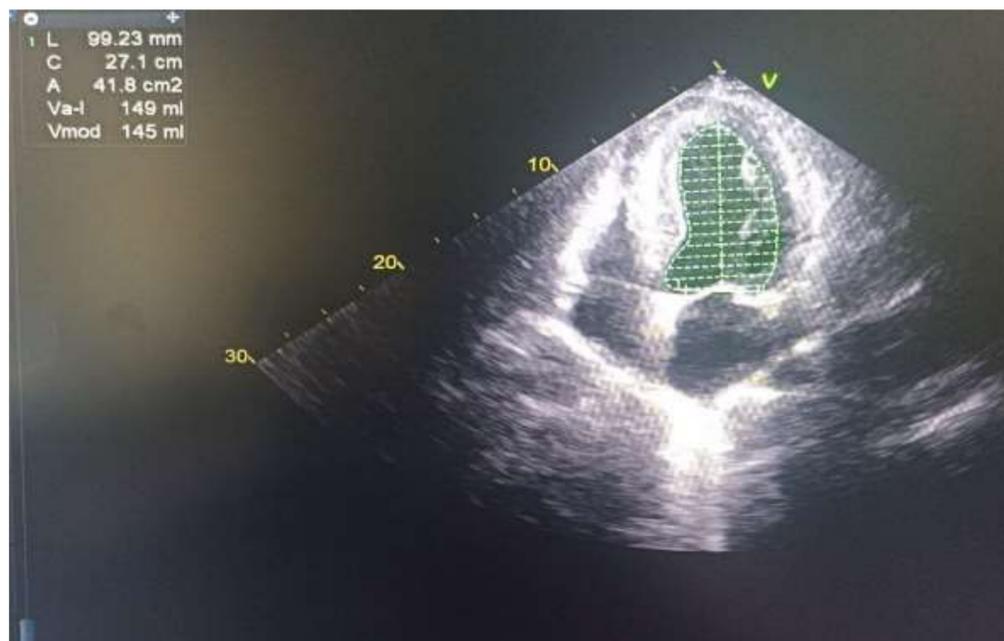


Рис.1. Дилатация левых камер сердца у пациентки сердца в раннем послеродовом периоде.

Заключение

ПКМП является сложным для диагностики и лечения заболеванием, трудности связаны с неспецифичностью клинических проявлений, в том числе потому, что преэклампсия и гестационная гипертензия сами по себе являются причинами сердечной недостаточности на поздних сроках беременности. В настоящее время по данным литературы у пациенток с ПКМП наблюдается высокая частота преэклампсии, что позволяет предположить, что преэклампсия связана с предрасположенностью к ПКМП через общий патофизиологический механизм.