

УДК 616.127-002.1-02:618.5]-036.1

https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/14

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- ©**Бегиев Б.**, ORCID: 0000-0002-2913-0189, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, [begiev.bakalbai@gmail.com](mailto:begiev.bakalbai@gmail.com)
- ©**Ураимов Ж.**, ORCID: 0000-0001-7030-7938, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, [doctor\\_jamoldin@mail.ru](mailto:doctor_jamoldin@mail.ru)
- ©**Жанбаева А. К.**, ORCID: 0000-0002-0369-9465, канд. мед. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, [janbaeva.anara@mail.ru](mailto:janbaeva.anara@mail.ru)
- ©**Иметова Ж. Б.**, ORCID: 0000-0002-8307-8203, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, [jazgul80@mail.ru](mailto:jazgul80@mail.ru)
- ©**Абдуллаева Ж. Д.**, ORCID: 0000-0001-5777-4478, SPIN-код: 1815-7416, канд. хим. наук, Ошский государственный университет, г. Ош, Кыргызстан, [jypar.science@oshsu.kg](mailto:jypar.science@oshsu.kg)

## CLINICAL OBSERVATION OF PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY

- ©**Begiev B.**, ORCID: 0000-0002-2913-0189, Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, [begiev.bakalbai@gmail.com](mailto:begiev.bakalbai@gmail.com)
- ©**Uraimov Zh.**, ORCID: 0000-0001-7030-7938, Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, [doctor\\_jamoldin@mail.ru](mailto:doctor_jamoldin@mail.ru)
- ©**Zhanbaeva A.**, ORCID: 0000-0002-0369-9465, M.D., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, [janbaeva.anara@mail.ru](mailto:janbaeva.anara@mail.ru)
- ©**Imetova Zh.**, ORCID: 0000-0002-8307-8203, Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, [jazgul80@mail.ru](mailto:jazgul80@mail.ru)
- ©**Abdullaeva Zh.**, ORCID: 0000-0001-5777-4478, SPIN-code: 1815-7416, Ph.D., Osh State University, Osh, Kyrgyzstan, [jypar.science@oshsu.kg](mailto:jypar.science@oshsu.kg)

*Аннотация. Актуальность:* в статье приведены результаты после клинического наблюдения перипартальной (послеродовой) кардиомиопатии у пациентки в возрасте 30 лет. *Цель исследования:* анализ результатов клинического исследования, проведенного в кардиологическом отделении Ошской медицинской объединенной клинической больницы. *Методы исследования:* проведен дифференциальный диагноз острого миокардита, идиопатической дилатационной кардиомиопатии и перипартальной кардиомиопатии. *Результаты исследования:* учитывая анамнез жизни, данных лабораторно-инструментального исследования выставлен диагноз перипартальная кардиомиопатия. *Выводы:* проводимое лечение дало удовлетворительный клинический эффект.

*Abstract. Research relevance:* the article presents the results after clinical observation of peripartum cardiomyopathy in a patient aged 30 years. *Purpose of the study:* to analyze the results of a clinical study conducted in the cardiology department of the Osh Medical United Clinical Hospital. *Research methods:* a differential diagnosis of acute myocarditis, idiopathic dilated cardiomyopathy and peripartum cardiomyopathy was carried out. *Research results:* taking into account the life history, laboratory and instrumental examination data, the diagnosis was peripartum cardiomyopathy. *Conclusion:* the treatment carried out gave a satisfactory clinical effect.

*Ключевые слова:* перипартальная кардиомиопатия, беременность.

*Keywords:* peripartum cardiomyopathy, pregnancy.

### *Введение*

Патология со стороны сердца, наблюдаемая у 0,5-1% беременных, является наиболее частой причиной материнской смертности, как в развитых зарубежных странах, так и в нашей стране [1]. Более половины летальных исходов, обусловленных кардиальными причинами, наступают вследствие ишемической болезни сердца, перипартальной кардиомиопатии (ПКМП) и расслаивающей аневризмы аорты [2]. Несмотря на относительно редкую частоту ПКМП, уровень летальности при этом заболевании достаточно высокий [3]. Согласно определению экспертов Рабочей Группы по изучению ПКМП Ассоциации по Сердечной Недостаточности Европейского Общества Кардиологов, «ПКМП является идиопатической кардиомиопатией, представленной 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» [4]. Развитие ПКМП не ограничивается каким-либо порогом детородного возраста, но в 58% случаев возраст на момент проявления заболевания превышает 30 лет, примерно треть заболевших (27-37%) являются первородящими [5, 6]. Этиология ПКМП не установлена. В развитии могут сыграть роль инфекции, воспаление и аутоиммунные процессы [7].

К факторам риска развития ПКМП относят возраст, количество беременностей и родов, многоплодную беременность, гестационную АГ, преэклампсию [8]. Значение генетической предрасположенности к развитию ПКМП не установлено. Клинические проявления ПКМП прежде всего типичны для СН и существенно не отличаются от проявлений идиопатической ДКМП. Вместе с тем у женщин, страдающих ПКМП, по сравнению с пациентками с идиопатической ДКМП меньше выражены дилатация ЛЖ и проявления хронической сердечной недостаточности (ХСН). Обращает на себя внимание тот факт, что ПКМП чаще развивается в послеродовом периоде у женщин с предшествующей анемией и хроническими вирусными инфекциями [9].

Клинические проявления ПКМП могут включать также нарушения ритма сердца и тромбоэмболические осложнения. В то же время необходимо учитывать, что такие симптомы, как одышка и отек стоп, могут наблюдаться и при нормально протекающей беременности. Важно исключить ПКМП именно при внезапном появлении отека и других симптомов СН [10]. Критериями ПКМП являются развитие СН у беременных в последний месяц беременности или в течение 5 месяцев после родов; отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе до последнего месяца беременности; отсутствие другой причины для развития СН; эхокардиографические признаки систолической дисфункции ЛЖ (ФВ ЛЖ менее 45%).

### *Материалы и методы исследования*

В статье рассмотрен клинический случай в кардиологическом отделении Ошской Межобластной Объединенной Клинической Больницы, а также использованы статистические данные из отделения.

### Результаты и обсуждение

За 2020 г в отделении кардиологии Ошской Межобластной Объединенной Клинической Больницы (ОМОКБ) вылечились 6 пациенток. Статистика ПКМП по Южному региону за 2020 год приведена в Таблице 1.

За 6 месяцев 2021 г в отделении кардиологии ОМОКБ поступили 3 пациентки и выписались с клиническим улучшением. Статистика ПКМП по Южному региону за 6 месяцев 2021 г приведена в Таблице 2.

Таблица 1

СТАТИСТИКА ПКМП ПО ЮЖНОМУ РЕГИОНУ за 2020 г

Область	Район	Количество
Ошская область	Узгенский	2
	Араванский	1
	Ноокатский	1
Баткенская область	Баткенский	1
	Кадамжайский	1
Всего по южному региону		6

Таблица 2

СТАТИСТИКА ПКМП ПО ЮЖНОМУ РЕГИОНУ ЗА 6 МЕСЯЦЕВ 2021 г

Область	Район	Количество
Ошская область	Узгенский	1
	Ноокатский	1
Баткенская область	Баткенский	1
Всего по южному региону		3

Приводим собственное клиническое наблюдение в кардиологическом отделении ОМОКБ.

Больная: С. Ю. 30 лет, беременность пятая, роды пятые. Заболевание у исследуемой пациентки развилось после родов, через 7-8 дней. Родила в срок, родоразрешение нормальное, выписана удовлетворительном состоянии на 4 сутки после родоразрешения. После выписки через 7-8 дней начали беспокоить повышение температуры тела, озноб, слабость. Обратилась в родильное отделение Баткенской областной больницы. Сделано УЗИ матки, назначены антибиотик (цефтриаксон) и отправили домой. Пациентка без значительного улучшения обратилась вновь, жалобы нарастали, присоединилась одышка, нарастала слабость, учащенное сердцебиение и с учетом тяжести состояния, пациентку положили в реанимационное отделение по месту жительства. Состояние пациентки не улучшалось и после 4 дней лечения, перевели в гинекологическое отделение Областного родильного дома, где была проконсультирована кардиологом, проведена эхокардиографическое обследование (ЭХОКГ).

Для дальнейшего лечения и обследования пациентка была переведена в кардиологическое отделение ОМОКБ.

В момент осмотра пациентка жаловалась на одышку и сердцебиение в покое, нарастающие при небольших физических нагрузках. Отеки на ногах, общую слабость, утомляемость. Боль и тяжесть в правом подреберье. Кашель с отделением мокроты слизистого характера.

Состояние больной было тяжелой, обусловлена СН. Дыхание жесткое. Выслушивались единичные мелкопузырчатые незвучные хрипы в нижних отделах легких. ЧД-24 в мин.

Акроцианоз, тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС-100 уд. в мин. АД- 120/80 мм рт. ст. В анализах крови у больной выявлено снижение уровня гемоглобина и железа в крови Hb 99 г/л, железа в сыворотке крови 6.41 кммоль/л. Учитывая низкий уровень гемоглобина и железа в крови больная была проконсультирована гематологом и была назначена железосодержащие препараты.

Общий анализ мочи: без особенностей.

Биохимические показатели крови: Печеночный и почечный тесты в пределах нормы.

При рентгенографическом исследовании органов грудной клетки было выявлено правосторонняя нижнедолевая пневмония. В связи с этим пульмонологом назначенцефтриаксон.

На ЭхоКГ исследовании у пациентки обнаружено увеличение конечно- диастолического размера сердца (КДР) ЛЖ — 6,61 мм, повышение легочного артериального давления ЛАД-47 мм.рт.ст.ст., снижение фракции выброса ФВ — 37%. Отмечена дилатация всех полостей сердца. Диффузный гипокинез всех стенок ЛЖ. Недостаточность митрального и трикуспидального клапана II ст.

На ЭКГ — синусовая тахикардия. Был проведен дифференциальный диагноз острого миокардита, идиопатической ДКМП и ПКМП.

Учитывая временную связь появления признаков выраженной СН после родоразрешения пациентки, прежде здоровой женщины, отсутствие убедительных данных за миокардит по клинической картине (не отмечено боли в сердце, остро возникшей СН, «злокачественных аритмий»), объективные ЭхоКГ — признаки тяжелой ХСН (дилатация всех полостей сердца, гидроперикард, снижение ФВ до 37%), диагностирована перипартальная кардиомиопатия, СНФК III-IV (NYHA) Гидроперикард. Гидроторакс. Лечение было направлено на преодоление ХСН, профилактику тромбоэмболических осложнений и коррекцию анемии. За время пребывания в стационаре пациентка базисную терапию ХСН, включающие: ингибиторы АПФ (эналаприл 5 мг 1/4 x 2 раза в день), бета-блокаторы (бисомор 2.5 мг 1/2 таб. x 1 раз в день), антиагреганты (кардиомагнил 75 мг 1 таб. x 1 раз в день), диуретики (фуросемид 40 мг 1 таб. 1 раз в день) Агонист дофаминовых рецепторов (бромокриптин 2.5 мг 1/2 x 2 раза в день), глюкокортикостероиды (преднизалон 5 мг 2 таб. утром, 2 таб. в обед), железосодержащие препараты (тардиферон 1 таб. 2 раза в день), поливитамины (мультимакс 1 таб. 1 раз в день) и антибиотики (цефтриаксон 1,0 г. 2 раза в день) после пробы.

На фоне лечения отчетливо прослеживалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности отежного синдрома, одышки при ходьбе, стабилизации артериального давления в пределах нормальных значений, повышения уровня гемоглобина.

На контрольном ЭхоКГ также наблюдалась положительная динамика: ФВ возросла до 48%, конечный диастолический размер ЛЖ уменьшился до 4,6 см, жидкость в плевральных полостях не определялась. Вместе с тем сохранялась диффузная умеренная гипокинезия стенок ЛЖ, дилатация правого желудочка, ЛАД — 34 мм рт. ст. На рентгенограмме грудной клетки (от 18.05.20. г) признаков застоя и инфильтрации в легких не определяется. Размеры сердца несколько уменьшились.

#### *Выводы*

Таким образом, своевременная диагностика ПКМП и адекватное лечение позволили добиться у наблюдаемой пациентки выраженного клинического эффекта. Больная была выписана для амбулаторного лечения под наблюдением врача по месту жительства и с надеждой на благоприятный прогноз.

Несмотря на редкость ПКМП в Кыргызстане, знание этой патологии чрезвычайно важно. Ранняя диагностика ПКМП и своевременное адекватное лечение ХСН у беременных с ПКМП позволит предотвратить осложнения, связанные с ХСН, и улучшить прогноз.

*Список литературы:*

1. Roos-Hesselink J. W., Duvekot J. J., Thorne S. A. Pregnancy in high risk cardiac conditions // *Heart*. 2009. V. 95. №8. P. 680-686. <http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2008.148932>
2. Bowyer L. The confidential enquiry into maternal and Child health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003–2005. The seventh report of the confidential enquiries into maternal deaths in the UK. 2008. <https://doi.org/10.1258/om.2008.080017>
3. Oakley C. Peripartum cardiomyopathy, other heart muscle disorders and pericardial diseases // *Heart Disease in Pregnancy*. 2007. P. 186.
4. Sliwa K., Hilfiker-Kleiner D., Petrie M. C., Mebazaa A., Pieske B., Buchmann E., McMurray J. J. 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 // *European journal of heart failure*. 2010. V. 12. №8. P. 767-778. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq120>
5. Elkayam U., Akhter M. W., Singh H., Khan S., Bitar F., Hameed A., Shotan A. Pregnancy-associated cardiomyopathy: clinical characteristics and a comparison between early and late presentation // *Circulation*. 2005. V. 111. №16. P. 2050-2055. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000162478.36652.7E>
6. Pyatt J. R., Dubey G. Peripartum cardiomyopathy: current understanding, comprehensive management review and new developments // *Postgraduate medical journal*. 2011. V. 87. №1023. P. 34-39. <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2009.096594>
7. Pearson G. D., Veille J. C., Rahimtoola S., Hsia J., Oakley C. M., Hosenpud J. D., Baughman K. L. Peripartum cardiomyopathy: national heart, lung, and blood institute and office of rare diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review // *Jama*. 2000. V. 283. №9. P. 1183-1188. <https://doi.org/10.1001/jama.283.9.1183>
8. De Beus E. et al. Peripartum cardiomyopathy: a condition intensivists should be aware of // *Intensive care medicine*. 2003. V. 29. №2. P. 167-174. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1583-0>
9. Курбанов Р. Д., Абдуллаев Т. А., Мирзарахимова С. Т., Марданов Б. У. Послеродовая (перипартальная) кардиомиопатия: некоторые особенности клинической картины и течения заболевания // *Кардиология*. 2012. Т. 52. №6. С. 35-39.
10. Ramaraj R., Sorrell V. L. Peripartum cardiomyopathy: Causes, diagnosis, and treatment // *Cleveland Clinic journal of medicine*. 2009. V. 76. №5. P. 289-296. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76a.08004>

*References:*

1. Roos-Hesselink, J. W., Duvekot, J. J., & Thorne, S. A. (2009). Pregnancy in high risk cardiac conditions. *Heart*, 95(8), 680-686. <http://dx.doi.org/10.1136/hrt.2008.148932>
2. Bowyer, L. (2008). The confidential enquiry into maternal and Child health (CEMACH). Saving mothers' lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer 2003–2005. The seventh report of the confidential enquiries into maternal deaths in the UK. <https://doi.org/10.1258/om.2008.080017>

3. Oakley, C. (2007). Peripartum cardiomyopathy, other heart muscle disorders and pericardial diseases. *Heart Disease in Pregnancy*, 186.
4. Sliwa, K., Hilfiker-Kleiner, D., Petrie, M. C., Mebazaa, A., Pieske, B., Buchmann, E., ... & McMurray, J. J. (2010). 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. *European journal of heart failure*, 12(8), 767-778. <https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq120>
5. Elkayam, U., Akhter, M. W., Singh, H., Khan, S., Bitar, F., Hameed, A., & Shotan, A. (2005). Pregnancy-associated cardiomyopathy: clinical characteristics and a comparison between early and late presentation. *Circulation*, 111(16), 2050-2055. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000162478.36652.7E>
6. Pyatt, J. R., & Dubey, G. (2011). Peripartum cardiomyopathy: current understanding, comprehensive management review and new developments. *Postgraduate medical journal*, 87(1023), 34-39. <http://dx.doi.org/10.1136/pgmj.2009.096594>
7. Pearson, G. D., Veille, J. C., Rahimtoola, S., Hsia, J., Oakley, C. M., Hosenpud, J. D., ... & Baughman, K. L. (2000). Peripartum cardiomyopathy: national heart, lung, and blood institute and office of rare diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review. *Jama*, 283(9), 1183-1188. <https://doi.org/10.1001/jama.283.9.1183>
8. De Beus, E., van Mook, W. N., Ramsay, G., Stappers, J. L., & van der Putten, H. W. (2003). Peripartum cardiomyopathy: a condition intensivists should be aware of. *Intensive care medicine*, 29(2), 167-174. <https://doi.org/10.1007/s00134-002-1583-0>
9. Kurbanov, R. D., Abdullaev, T. A., Mirzarakhimova, S. T., & Mardanov, B. U. (2012). Peripartum cardiomyopathy. some peculiarities of clinical picture and course of the disease. *Kardiologiya*, 52(6), 35-39.
10. Ramaraj, R., & Sorrell, V. L. (2009). Peripartum cardiomyopathy: Causes, diagnosis, and treatment. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76(5), 289-296. <https://doi.org/10.3949/ccjm.76a.08004>

Работа поступила  
в редакцию 14.11.2021 г.

Принята к публикации  
20.11.2021 г.

Ссылка для цитирования:

Бегиев Б., Ураимов Ж., Жанбаева А. К., Иметова Ж. Б., Абдуллаева Ж. Д. Клиническое наблюдение перипартальной кардиомиопатии // Бюллетень науки и практики. 2022. Т. 8. №1. С. 101-106. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/14>

Cite as (APA):

Begiev, B., Uraimov, Zh., Zhanbaeva, A., Imetova, Zh., & Abdullaeva, Zh. (2022). Clinical Observation of Peripartum Cardiomyopathy. *Bulletin of Science and Practice*, 8(1), 101-106. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/74/14>