

В.В. Шаповалова, О.М. Трёмбовецька, О.О. Чижевська

Перипартальна кардіоміопатія (складні клінічні випадки)

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», м. Київ

PERINATOLOGY AND PEDIATRIC. UKRAINE. 2018.1(73):22-23; doi 10.15574/PP.2018.73.22

Останнім часом ми все частіше стикаємося з рідкісним захворюванням міокарда, яке виникає тільки під час вагітності, тобто з перипартальною кардіоміопатією. Це — стан специфічний для вагітності, має тяжкий перебіг і в деяких випадках несприятливий прогноз.

Ключові слова: перипартальна кардіоміопатія, вагітність, трансплантація.

Peripartum cardiomyopathy (complex clinical cases)

V.V. Shapovalova, O.M. Trembovetska, O.O. Chyzevska

SI «М.М. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

In these days we more often face a rare disease of the myocardium, which occurs only during pregnancy, namely peripartum cardiomyopathy. This specific for pregnancy condition is characterized by a severe course and in some cases unfavorable prognosis.

Key words: peripartum cardiomyopathy, pregnancy, transplantation.

Перипартальная кардиомиопатия (сложные клинические случаи)

В.В. Шаповалова, Е.М. Трёмбовецкая, Е.А. Чижевская

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины», г. Киев

В последнее время мы все чаще сталкиваемся с редким заболеванием миокарда, которое возникает только во время беременности, то есть с перипартальной кардиомиопатией. Это — состояние специфическое для беременности, характеризуется тяжелым течением и в некоторых случаях имеет неблагоприятный прогноз.

Ключевые слова: перипартальная кардиомиопатия, беременность, трансплантация.

Відповідно до отриманого досвіду, навідимо 2 найтяжчі клінічні випадки перипартальної кардіоміопатії (ПКМП) із різними варіантами перебігу.

I випадок

Хвора Г., 20 років, госпіталізована в реанімаційне відділення ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України» (НІССХ ім. М. Амосова) у тяжкому стані зі скаргами на виражену задишку в стані спокою, набряки нижніх кінцівок, серцебиття, кашель із мокротинням, із попереднім діагнозом ТЕЛА; в терміні вагітності 17–18 тижнів. З анамнезу захворювання відомо, що стан погіршився різко, за тиждень до госпіталізації з'явилися зазначені скарги. До вагітності ніколи не скаржилася з приводу серцево-судинної патології та не обстежувалася.

На момент госпіталізації проведено комплексне обстеження (ЕКГ, ЕхоКГ, МРТ серця, КТ ОГП, загальні та біохімічні аналізи крові). За даними ЕхоКГ: КДІ 153 мл/м², КСІ 116 мл/м², УІ 81 мл/м², ФВ 26%, на атріовентрикулярних клапанах помірний зворотний тік, тиск у легеневій артерії 50 мм рт. ст. За даними МРТ: МР-ознаки дилатаційної кардіоміопатії. За даними КТ ОГП: у прикореневих відділах білатерально ділянки масивної дифузної інфільтрації, обумовлені інтерстиціальним набряком на тлі серцевої недостатності. У загальному аналізі крові лейкоцитоз зі

зсувом вліво. З урахуванням усіх даних анамнезу та дообстеження встановлено діагноз перипартальної кардіоміопатії.

Незважаючи на інтенсивну терапію, стан хворої прогресивно погіршувався, тому в термін 19 тижнів вагітності пацієнтці виконано кесарів розтин. Однак стан не поліпшився, тому на 3-тю добу після оперативного втручання пацієнтку переведено на систему екстракорпоральної мембранної оксигенації (ЕКМО), на якій хвора знаходилася протягом місяця, за добу з метою профілактики набряку легень виконано закрити септотомію. Протягом усього періоду приєдналася госпітальна двобічна пневмонія (*Klebsiella pneumoniae* обумовлена), яка значно погіршила стан хворої. За даними ЕхоКГ: ФВ знизилася до 14%.

Враховуючи крайній ступінь тяжкості стану хворої та неефективність запропонованого лікування, єдиним методом врятування життя була трансплантація серця. Пацієнтку доставлено шляхом санавіації в госпіталь Індії, де імплантовано за життєвими показаннями LVAD. Однак на 4-ту добу хвора померла.

II випадок

Хвора О., 27 років, госпіталізована в реанімаційне відділення ДУ «НІССХ ім. М. Амосова НАМН України» у тяжкому стані зі скаргами на виражену задишку в стані спокою, нудоту, блювання без полегшення, набряки нижніх кінцівок, асцит.

З анамнезу захворювання відомо, що в терміні вагітності 24–25 тижнів виникла задишка при фізичному навантаженні. В терміні 27 тижнів пацієнтка перенесла гостру респіраторну вірусну інфекцію, після чого стан хворої різко погіршився – прогресувала задишка, з'явилися периферійні набряки. За даними ЕхоКГ: збільшення лівих відділів серця, КДІ 160 мл/м², ФВ 29%, виражений зворотний тік на мітральному клапані, тиск у легеневій артерії 50 мм рт. ст. Хвору госпіталізовано в ДУ «Інститут ПАГ НАМН України» і зроблено кесарів розтин за життєвими показаннями. У подальшому переведено в НІССХ ім. М. Амосова, встановлено діагноз перипартальної кардіоміопатії. На медикаментозній терапії відмічалася позитивна динаміка, ФВ підвищилася до 36%, ФК по NYHA II, значно зменшилися показники мітральної регургітації, об'єми лівого шлуночка. Через півроку діагностовано дифузний токсичний зоб у стадії декомпенсації, медикаментозно резистентний, який спровокував погіршення стану. За рекомендацією ендокринолога, враховуючи патологію міокарда, пацієнтка пройшла курс радіоїодтерапії, через тиждень стан різко погіршився, з'явилася нудота з багаторазовим блюванням, жовтяниця, асцит.

При госпіталізації в НІССХ ім. М. Амосова додатково діагностовано токсичний гепатит, важкий перебіг, с/п радіоїодтерапії, тиреоїдит, стадія гіпотиреозу. Проведено комплексне обстеження (ЕКГ, ЕхоКГ, загальні та біохімічні аналізи крові). За даними ЕхоКГ: КДІ 171 мл/м², КСІ 125 мл/м², УІ 46 мл/м², ФВ 27%, на мітральному клапані виражений

зворотний тік, на тристулковому клапані помірний зворотний тиск, тиск у легеневій артерії 60 мм рт. ст. За даними біохімічного аналізу крові: загальний білірубін 41 мкмоль/л, АСТ 321 Од/л, АЛТ 162 Од/л, лужна фосфатаза 253 Од/л.

За час госпіталізації (3 місяці) виконано один сеанс каскадної плазмодіфільтрації, 3 введення левосимендану, пластику опорними кільцями атріовентрикулярних клапанів, балонну контрапульсацію. Однак стан хворої погіршився, і за життєвими показаннями її направлено на трансплантацію серця в Індію. На момент відправлення були такі дані ЕхоКГ: КДІ 203 мл/м², КСІ 98 мл/м², УІ 105 мл/м², ФВ 12%, на атріовентрикулярних клапанах помірний зворотний тік, тиск у легеневій артерії 60 мм рт. ст.

Через 3 дні після госпіталізації в індійську клініку була зупинка серцевої діяльності з успішною реанімацією, а через 2 дні потому проведено ортотопічну трансплантацію серця (ОТС). На даний час хвора (7 місяців після ОТС) в задовільному стані, отримує підтримувальну імуносупресивну терапію.

Таким чином, пацієнтки з ПКМП потребують ретельного диференціального підходу при діагностиці та виборі тактики подальшого спостереження й лікування, що дасть змогу отримати позитивний прогноз перебігу вагітності та пологів за умови надання вчасної, адекватної і кваліфікованої медичної допомоги.

У більшості пацієнток робота серця нормалізується протягом декількох місяців після пологів. В іншому разі, в деяких випадках розглядають показання до трансплантації серця.

ЛІТЕРАТУРА

1. Elkayam U et al. (2006, Aug.). Peripartum cardiomyopathy. *Lancet*. 19; 368(9536): 687–93.
2. Sliwa K, Hilfiker-Kleiner D, Petrie MC et al. (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. *Eur J Heart Fail*. 12: 767–778.

Сведения об авторах:

Шаповалова В.В. — ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». Адрес: г.Киев, ул. Амосова, 6; тел. (044) 275-64-00.
Трембовецька О.М. — ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». Адрес: г.Киев, ул. Амосова, 6; тел. (044) 275-64-00.
Чижевська О.О. — ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН Украины». Адрес: г.Киев, ул. Амосова, 6; тел. (044) 275-64-00.

Статья поступила в редакцию 12.09.2017 г.