



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Перипартальная кардиомиопатия

Выполнила:
Рыбаулина Анастасия
6 курс 16 группа

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП)

- ✓ Идиопатическая кардиомиопатия
- ✓ Проявляется СН на фоне систолической дисфункции ЛЖ
- ✓ В конце беременности или в первые месяцы после родов, если не определена иная причина СН

Эпидемиология



В США

**1 случай на 1149-4350
рожденных детей**

В Японии

1:6000 родов

В Южной Индии

1:1374 родов

**В странах Южной
Африки и Гаити**

1:100 родов

Время диагностики ПКМП

В течение беременности	6%
Во время родов	23%
В течение первого месяца после родов	44%
В течение 3-х месяцев после родов	13%
В течение 6-х месяцев после	14%

Факторы риска

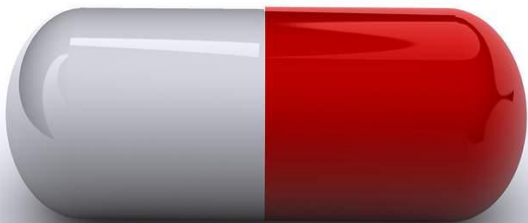
Вероятные:

- ✓ 2 и > родов в анамнезе
- ✓ Дву- или многоплодная беременность
- ✓ Возраст беременной (>30 лет)
- ✓ Длительная токолитическая терапия



Предполагаемые:

- ✓ Принадлежность к негроидной расе
- ✓ АГ
- ✓ Курение
- ✓ Употребление кокаина
- ✓ Нарушение питания



Этиология

Миокардит

Аутоиммунный фактор

Роль вирусов

Пролактин, пролактин 16 кДа, катепсин

Генетическая предрасположенность

Патологический ответ на
гемодинамический стресс во время
беременности

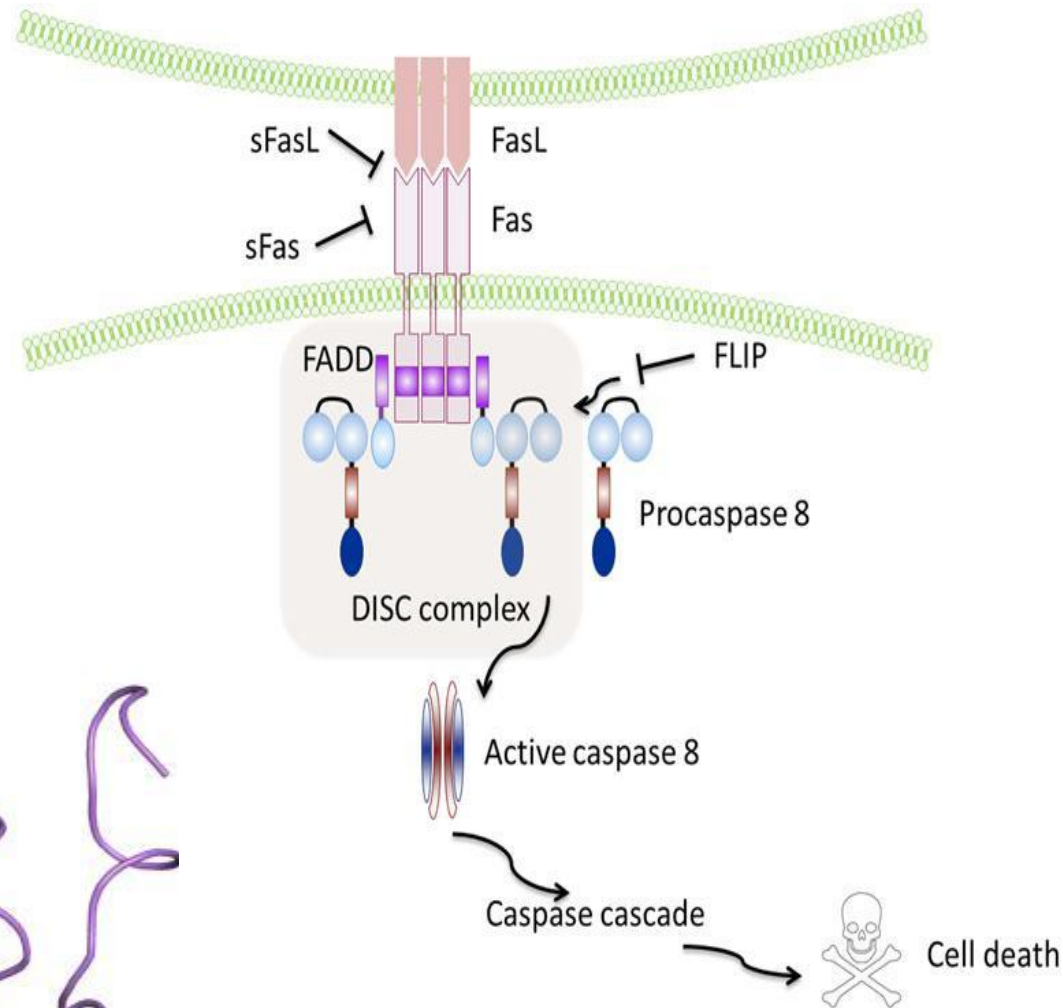
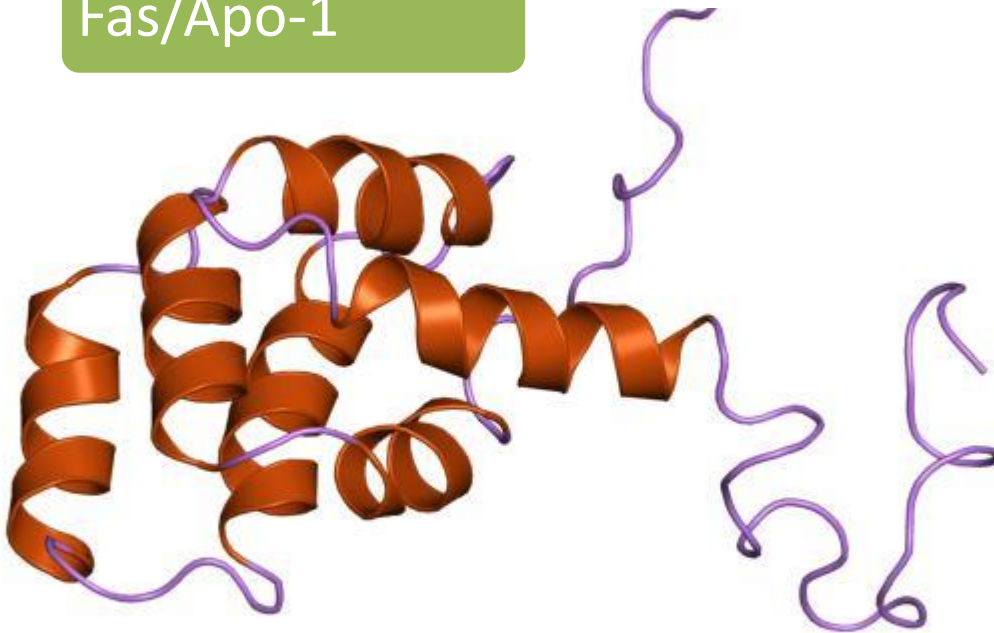
Миокардит

ФНО

γ-интерферон

ИЛ-1, ИЛ-6

Fas/Apo-1



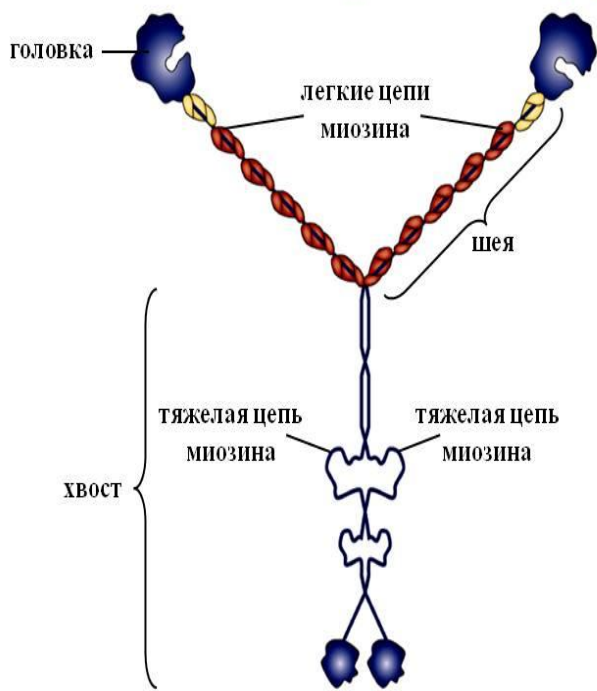
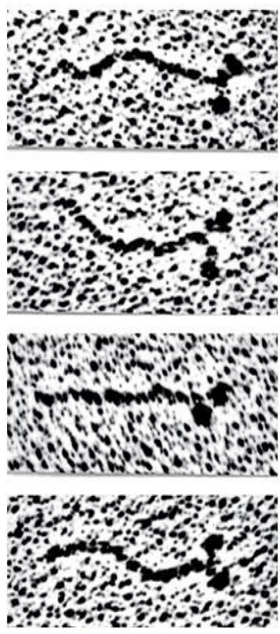


Схема строения молекулы миозина

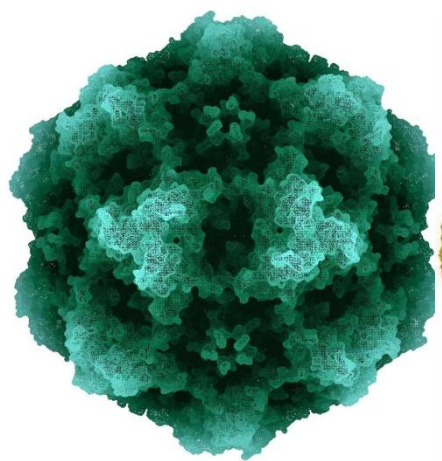


Электронные микрофотографии

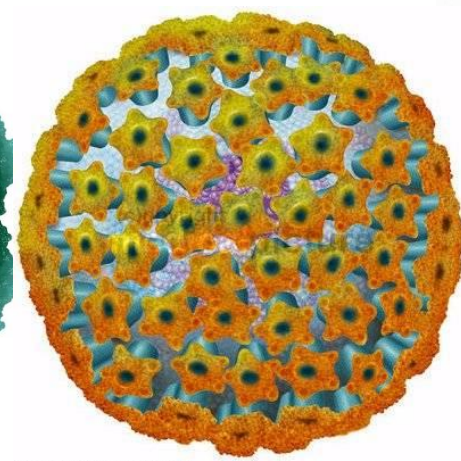
Аутоиммунный фактор

Роль вирусов

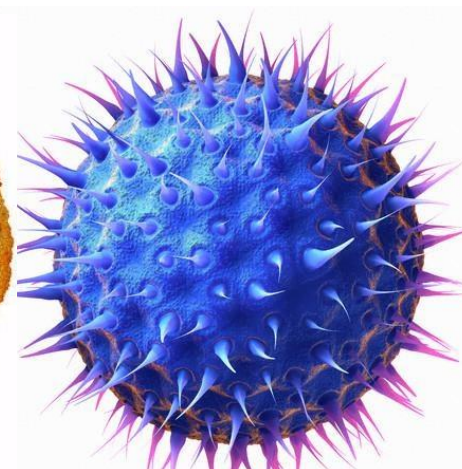
Парвовирус-В19

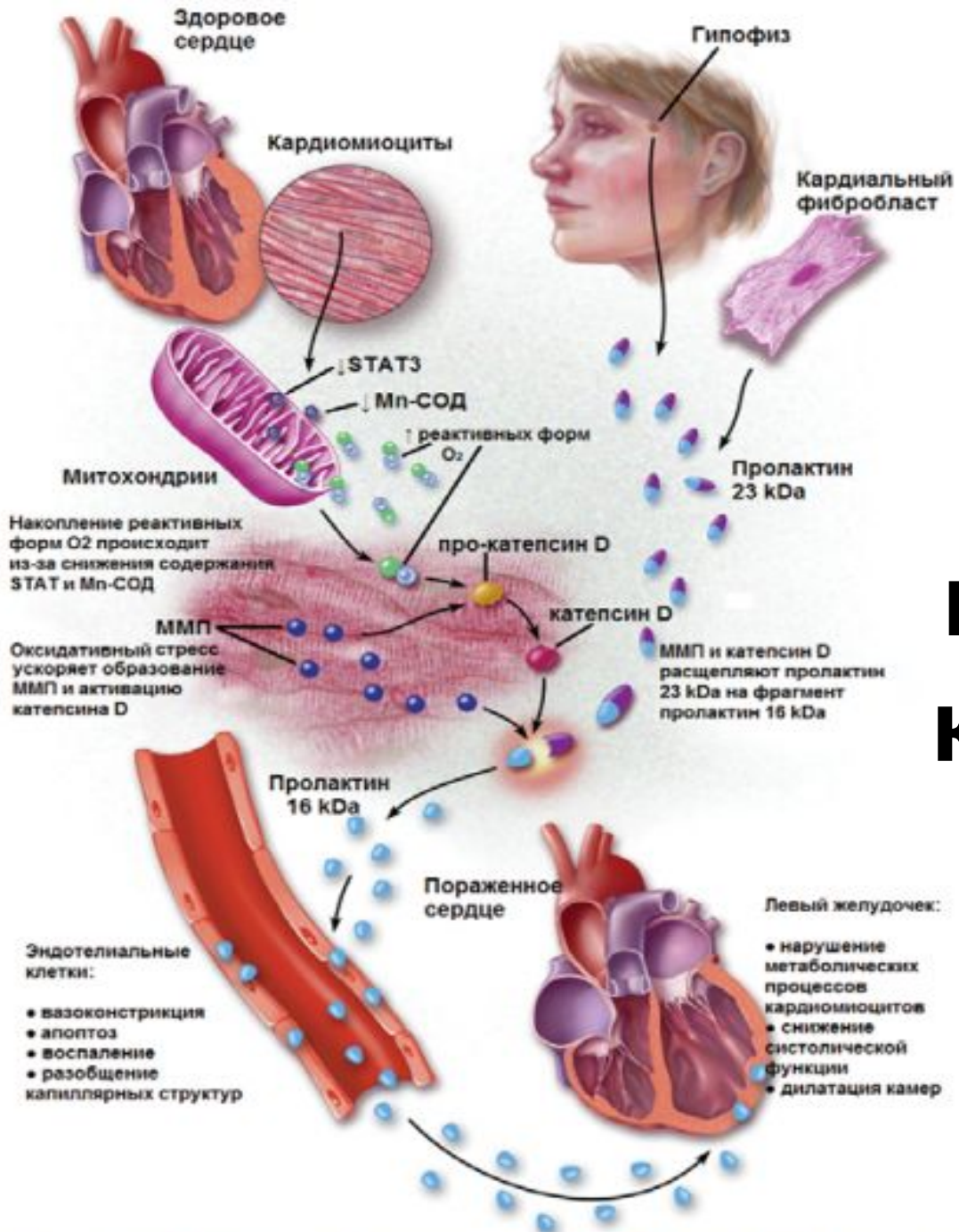


Вирус Эпштейн-Барр



ЦМВ





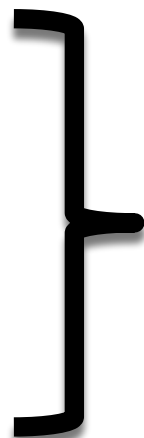
Пролактин, пролактин 16 kDa, катепсин

Клиническая картина



Отсутствуют специфические клинические критерии

Клинические проявления ПКМП обусловлены СН различной степени тяжести



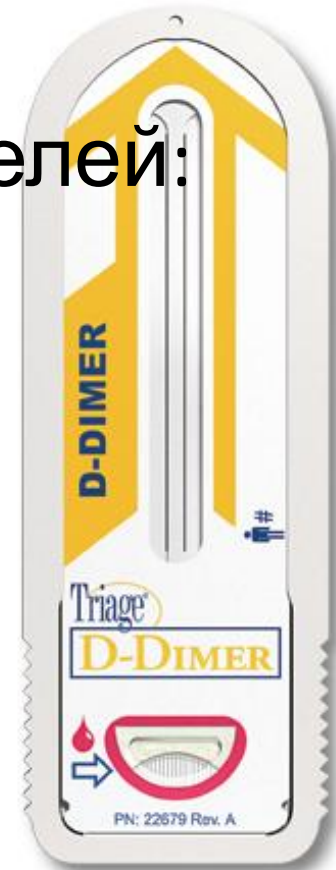
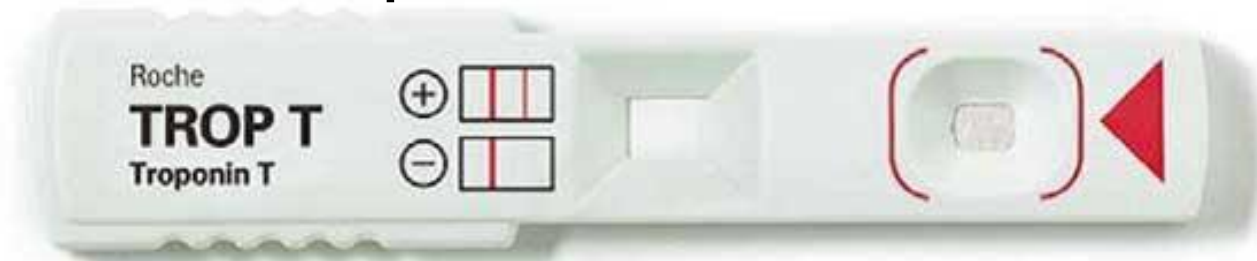
- ✓ Утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке
- ✓ Одышка
- ✓ Ортопноэ
- ✓ Пароксизмальная ночная одышка
- ✓ Ночной кашель
- ✓ Абдоминальный дискомфорт...

Физикальные проявления:

- ✓ Тахикардия,
- ✓ Гепатомегалия
- ✓ Застойные хрипы в легких
- ✓ Отеки стоп и голеней
- ✓ Появление новых шумов регургитации (относительная недостаточность АВ-клапанов)...

Лабораторные исследования

- Комбинированный тест из показателей:
 - ✓ НУП-В
 - ✓ Тропонин Т
 - ✓ D-димер



Уровень **СРБ** и N-концевого **про-НУП-В** почти во всех случаях ↑

↑ уровень **клеточных микрочастиц** (эндотелиального и тромбоцитарного генеза)

ЭКГ



Необходимое первичное исследование

- ✓ Синусовая тахикардия
- ✓ Неспецифические изменения сегмента ST и зубца T
- ✓ ↓вольтажа желудочкового комплекса или наоборот ГЛЖ
- ✓ Патологический зубецQ
- ✓ Удлинение интервала PQ и QRS
- ✓ Появление ПБЛНПГ можно рассматривать в качестве признака дебюта ПКМП



**Нормальная ЭКГ не исключает
ПКМП**



ЭХО-КГ

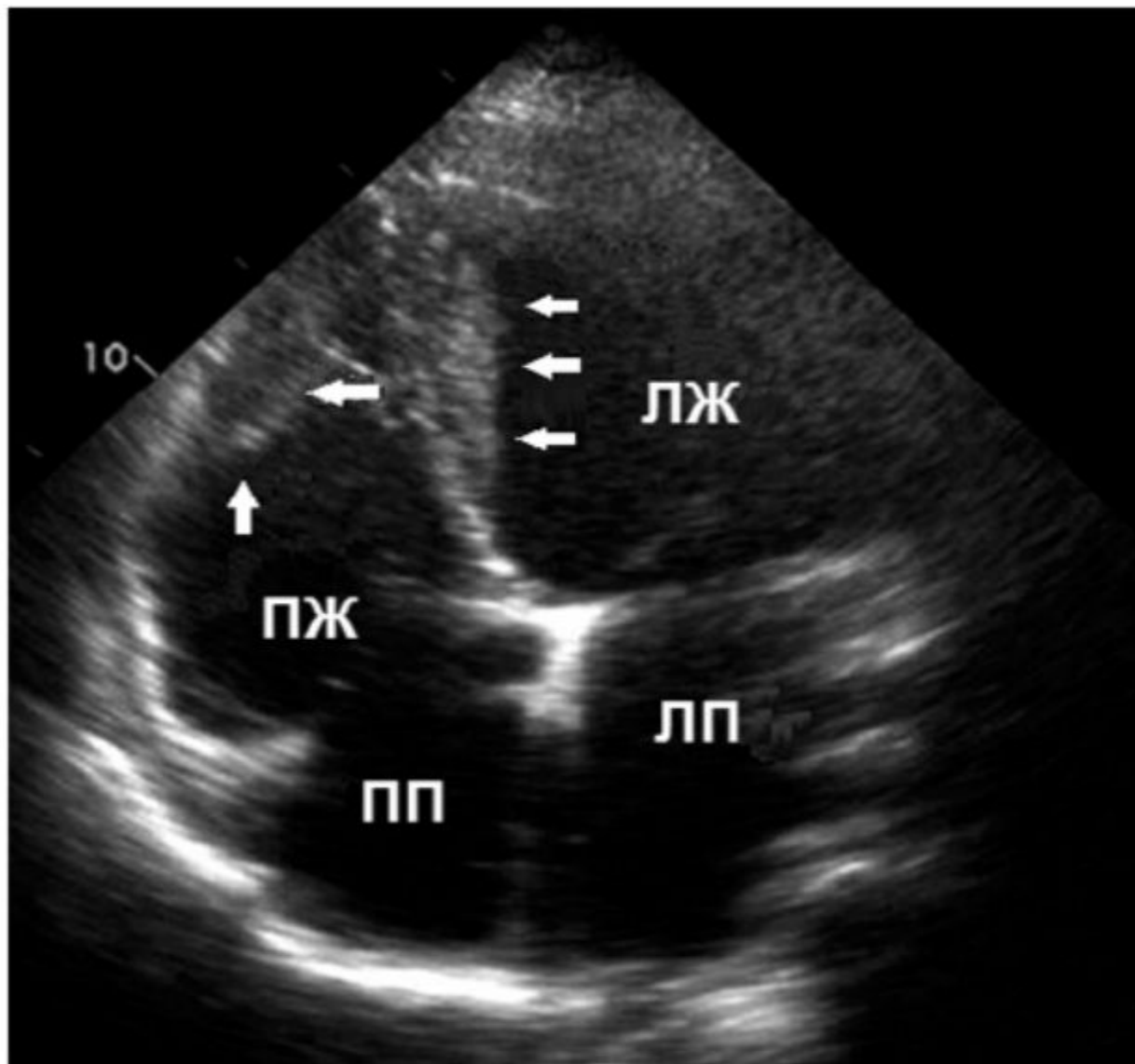
Метод выбора

- ✓ Увеличение всех камер сердца
- ✓ ↓ систолической функции ЛЖ
- ✓ Относительная недостаточность АВ-клапанов
- ✓ Пристеночные интракардиальные тромбы
- ✓ Умеренный перикардиальный выпот

Для мониторинга динамики заболевания ЭХО КГ проводится **перед выпиской** → **спустя 6 недель** → **через 6 месяцев после**

повторного ЭХО-КГ

ЭХО КГ интракардиальных тромбов при ПКМП



MPT

- Наиболее точный метод

Диагностические критерии:

1. Возникновение симптомов СН в последний месяц беременности или первые 5 месяцев

2. ^{после родов} Отсутствие другой выявленной причины для развития СН

3. Отсутствие распознанного сердечного заболевания до последнего месяца

4. ^{беременности} **ЭХО КГ- критерии:**

✓ ФВ ЛЖ < 45%

✓ ФУ < 30%

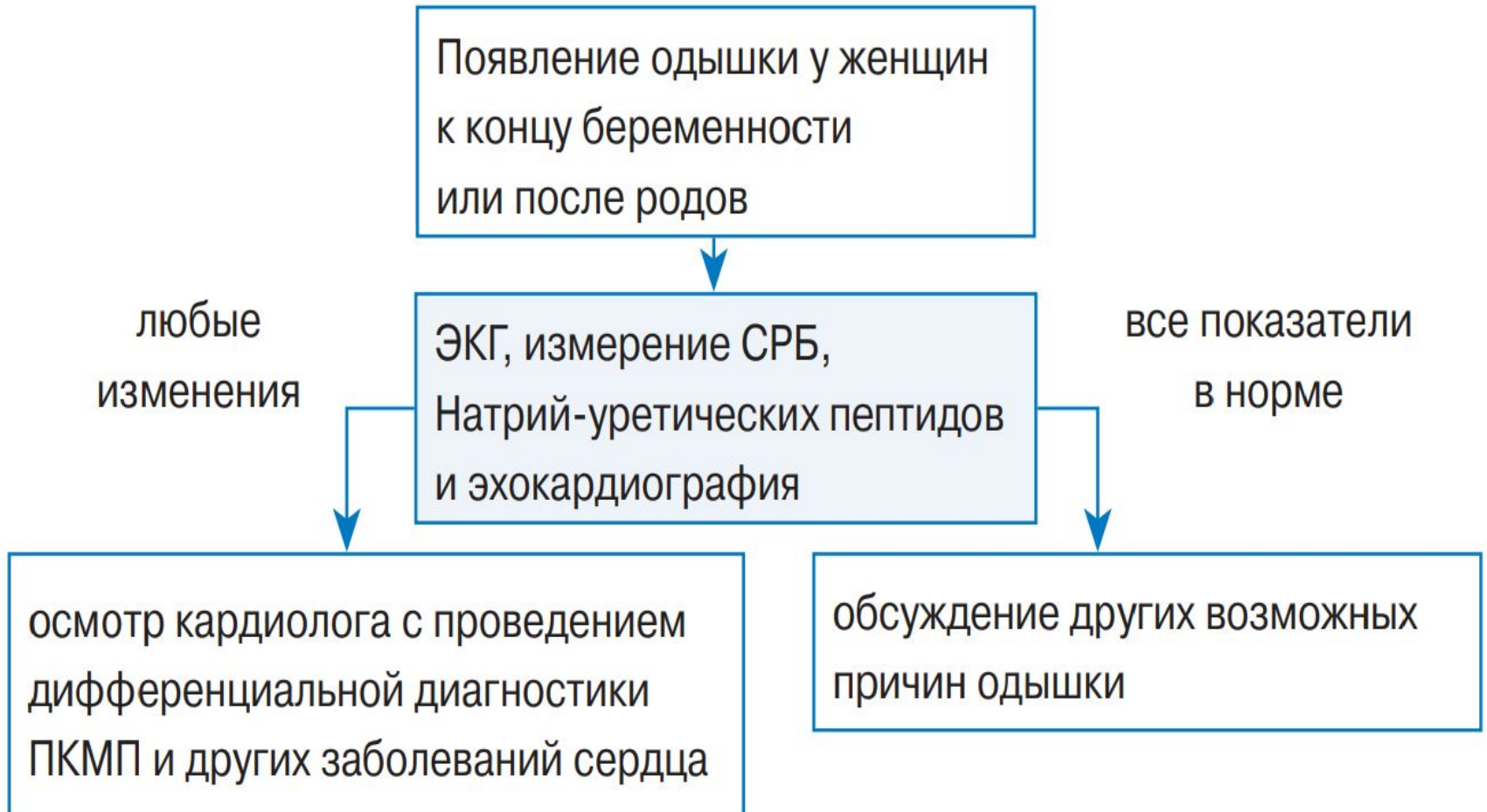
✓ КДР ЛЖ > 2,7 см/м²

Диагноз ПКМП – диагноз исключения



- Полость ЛЖ может быть не дилатирована, но ФВ ЛЖ всегда $< 45\%$

Диагностика



Лечение

Немедикаментозные методы:

- ✓ Ограничение приема жидкости до 2 л/сут
- ✓ Ограничение приема соли до 1,5-2 г/сут
- ✓ Выполнение контролируемых физических нагрузок



Лечение

Основные группы препаратов:

- ✓ Диуретики
- ✓ Вазодилататоры
- ✓ Инотропные препараты
- ✓ иАПФ
- ✓ β -АБ
- ✓ Ингибиторы If-каналов (ивабрадин)
- ✓ Антикоагулянты
- ✓ Антиаритмические препараты



Патогенетическая терапия

Бромокрепти
Н

Каберголин



возрастает
секрецию
патогенетическое

участвует в
воздействии
процессе

восстановления

Фармакотерапия в предродовом периоде (компенсация)

β -АБ

Карведилол (начальная доза 3,125 мг 2р/день, целевая доза 25 мг 2р/день)

Метопролол замедленного высвобождения (начальная доза 0,125 мг/день, целевая доза-0,25 мг/день)

Вазодилататоры

Гидралазин (начальная доза 10 мг 3 раза в день, целевая доза 40 мг 3 раза в день)

Дигоксин (начальная доза 0.125 мг в день, целевая доза 0.25 мг в день, мониторировать уровень в сыворотке)

Тиазидные диуретики(с осторожностью)

Гидрохлортиазид(12.5-50 мг в день) Можно рассмотреть петлевые диуретики (с осторожностью)

Низкомолекулярный гепарин при ФВ<35%



Фармакотерапия в послеродовом периоде (компенсация)

ИАПФ

Каптоприл
Эналаприл
Рамиприл
Лизиноприл

БРА

(при непереносимости ИАПФ)

Кандесартан
Валсартан

Возможно назначение нитратов или
гидралазина, если женщина не переносит
ИАПФ и БРА

Петлевые диуретики

Фуросемид



Фармакотерапия в послеродовом периоде (компенсация)

Вазодилататоры

Гидралазин
Изосорбидадинитрат

Антагонисты альдостерона

Верошпирон
Эплеренон

Бета-блокаторы

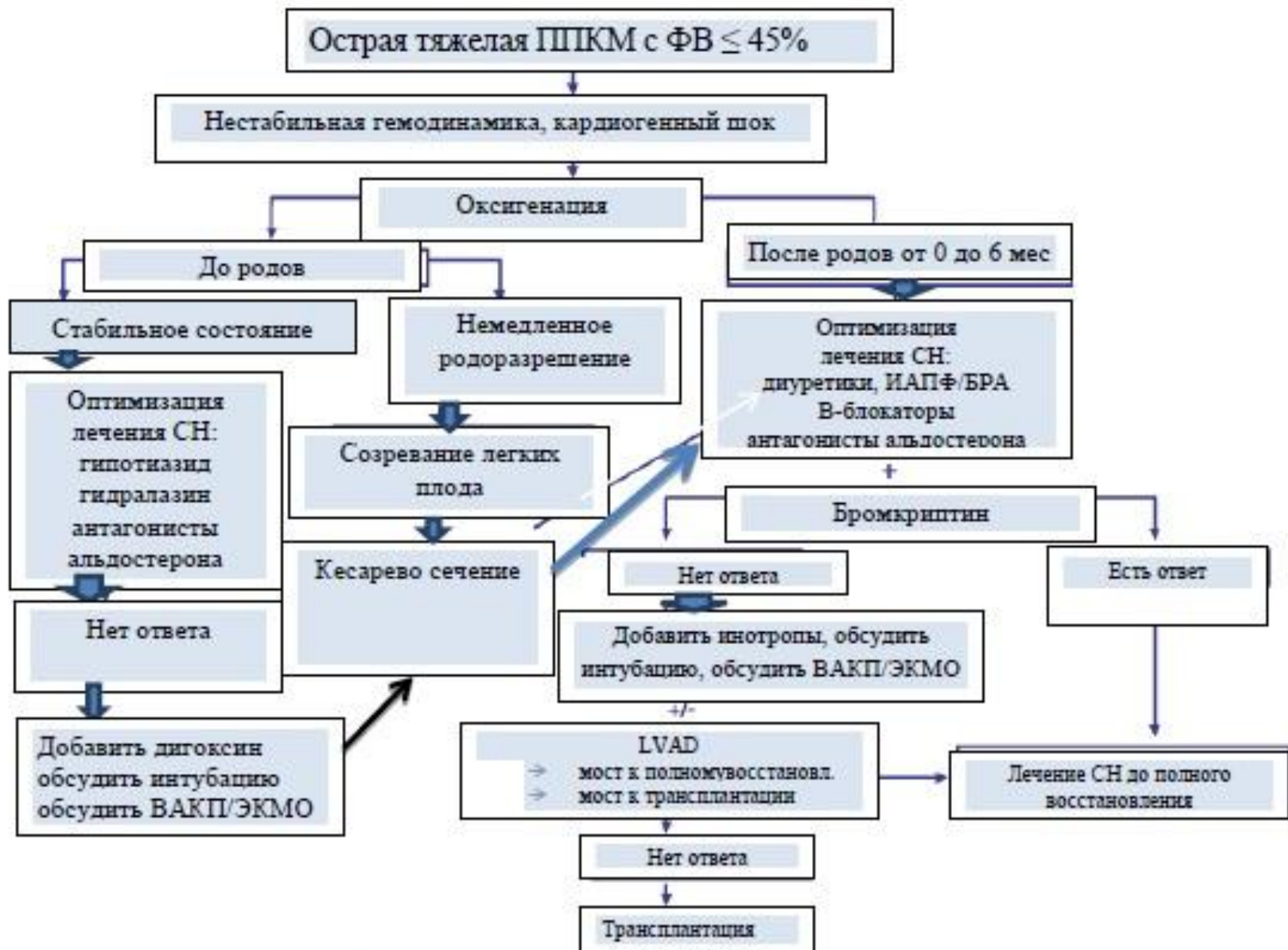
Карведилол
Метопролол замедленного
высвобождения

Блокаторы пролактина

Бромкриптин 2.5 мг дважды в день 2
недели, затем 4 недели по 2.5 мг 1 раз в
день

Варфарин при ФВ < 35%





Родоразрешение

Нестабильная
гемодинамика



Кесарево
сечение

Стабильная
гемодинамика



Физиологическ
ие роды

- 1. Каков прогноз и течение ПКМП?**
- 2. Когда прекращать лечение больных ПКМП?**
- 3. Возможна ли следующая беременность?**

**Спасибо за
внимание.**

