The background of the slide features a faint, light blue ECG (heart rate) line on a grid. The grid consists of vertical and horizontal lines, with the vertical lines being more prominent. The ECG line is a simple, stylized representation of a heartbeat, showing several peaks and troughs. The overall color scheme is light blue and white, with the title text in a bold red color.

Перипартальная кардиомиопатия

Докладчик:
Студентка 418 группы
Лечебного факультета
Цымбалюк Анна Николаевна

Определение

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) - это идиопатическая кардиомиопатия, представленная сердечной недостаточностью, вследствие систолической дисфункции левого желудочка (фракция выброса $<45\%$), возникшая в конце беременности или в течение нескольких месяцев после родов.

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

Факторы риска

Вероятные:

- Повторные роды в возрасте старше 30 лет;
- Дву- или многоплодная беременность;
- Применение токолитической терапии.

Предполагаемые:

- Принадлежность к негроидной расе;
- АГ в анамнезе;
- Токсикоз, курение, наркотики, алкоголь.
- Недостаточность питания.

А также ожирение, преэклампсия, генетическая предрасположенность.

Этиология

- Миокардит**
- Аутоиммунный фактор**
- Роль вирусов**
- Пролактин, пролактин 16 кДа, катепсин**
- Генетическая предрасположенность**
- Патологический ответ на гемодинамический стресс во время беременности**

Патогенез

Миокардит

ФНО

Интерлейкины

γ-интерферон

Fas/ Apo-1

Патогенез

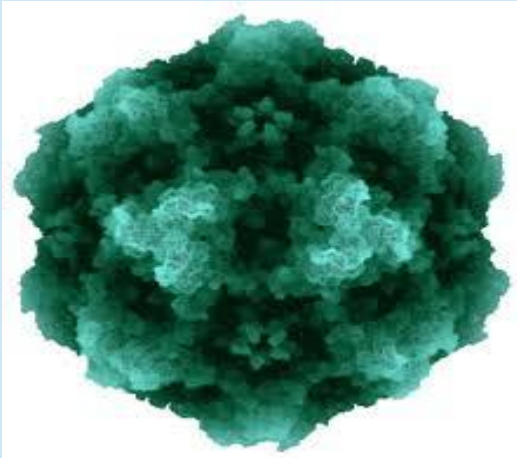
Аутоиммунный фактор

- исследования 2005 г: обнаружение высоких титров антител (IgG и подклассов Ig1,2,3) против тяжелых цепей кардинального миозина;
- как пусковой фактор: молекулярный микрохимеризм вследствие попадания эмбриональных клеток гемопоэтического происхождения в кровотоки матери.

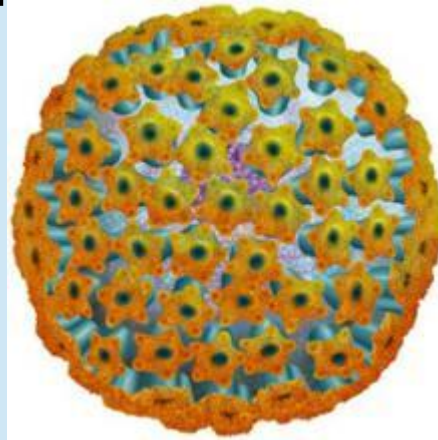
Патогенез

Роль вирусов

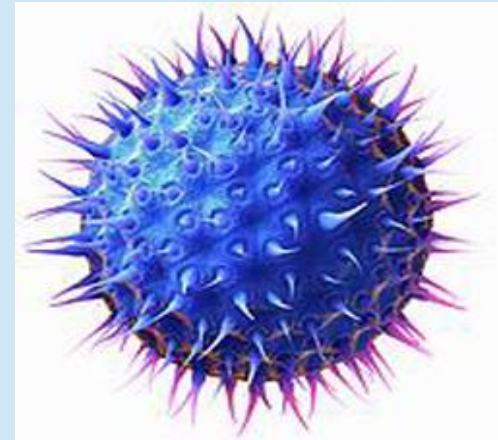
Парвовирус-В19



Вирус Эпштейн-Барра

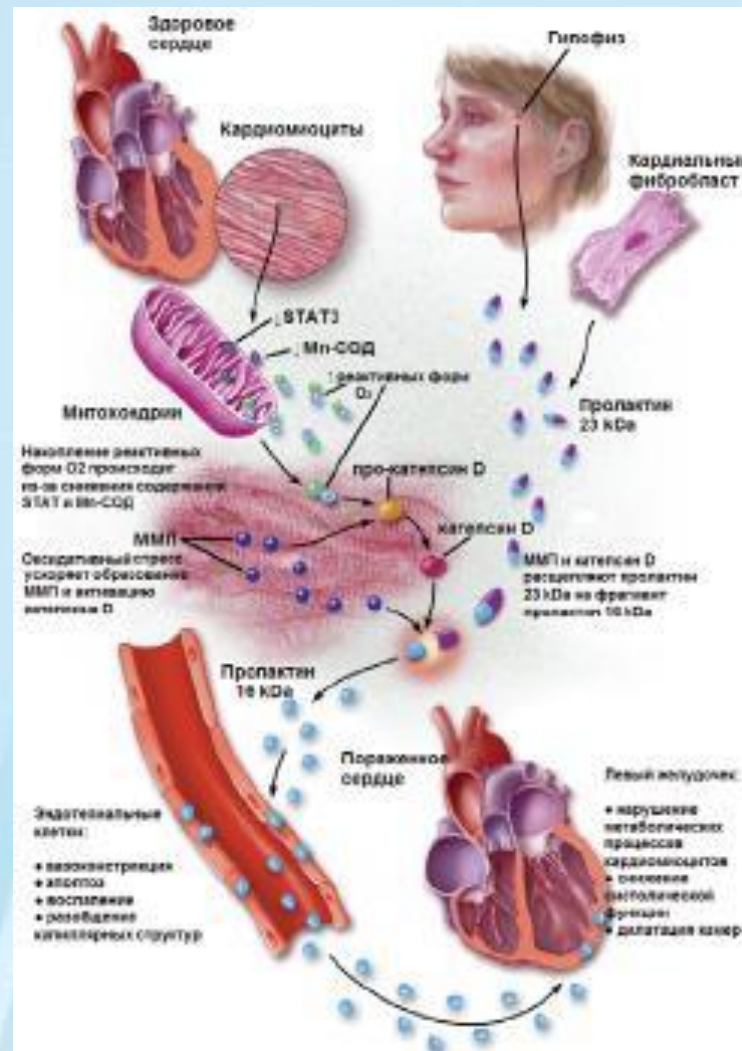


ЦМВ



Патогенез

Пролактин, пролактин 16 кДа, катепсин



Патогенез

Генетическая предрасположенность



Клинические проявления

Важно! Отсутствуют специфические клинические критерии

Клинические проявления обусловлены различной тяжести:

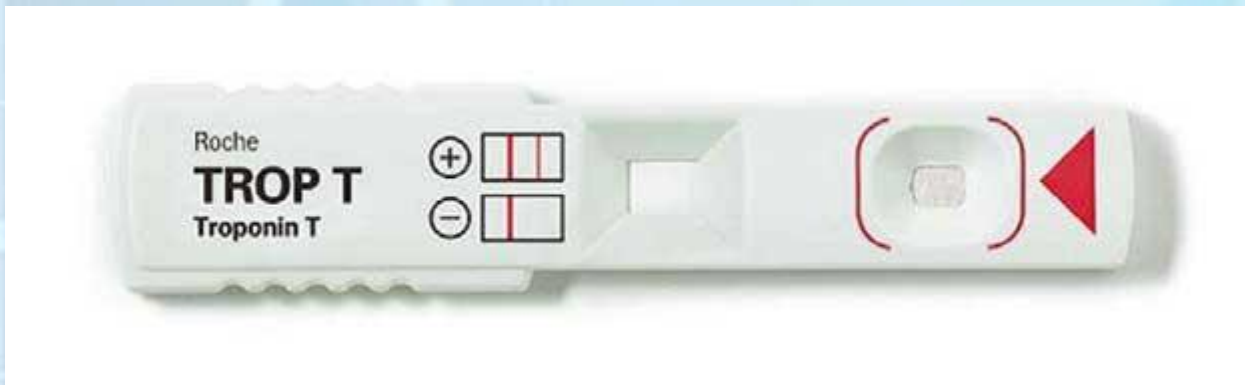
- Утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке
- Одышка
- Ортопноэ
- Пароксизмальная ночная одышку
- Ночной кашель

Физикальное обследование:

- Набухание шейных вен
- Увеличение размеров сердца
- Тахикардия
- Гепатомегалия
- Застойные хрипы в легких
- Шумы регургитации
- Отеки стоп и голеней

Лабораторная диагностика

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



Инструментальная диагностика

Рентгенография

**Возможно выявление
кардиомегалии,
застойных явлений в
легких и
плевральный выпот.**



**Рис. 2. Рентгенологический снимок
22-летней больной ПКМП**

Инструментальная диагностика

ЭКГ

Необходимо первичное исследование

- ✓ Синусовая тахикардия.
- ✓ Неспецифические изменения сегмента ST и зубца T
- ✓ ↓ вольтажа желудочкового комплекса или признаки гипертрофии ЛЖ
- ✓ Патологические зубцы Q
- ✓ Удлинение интервалов PQ и QRS

Нормальная ЭКГ не исключает наличие заболевания !

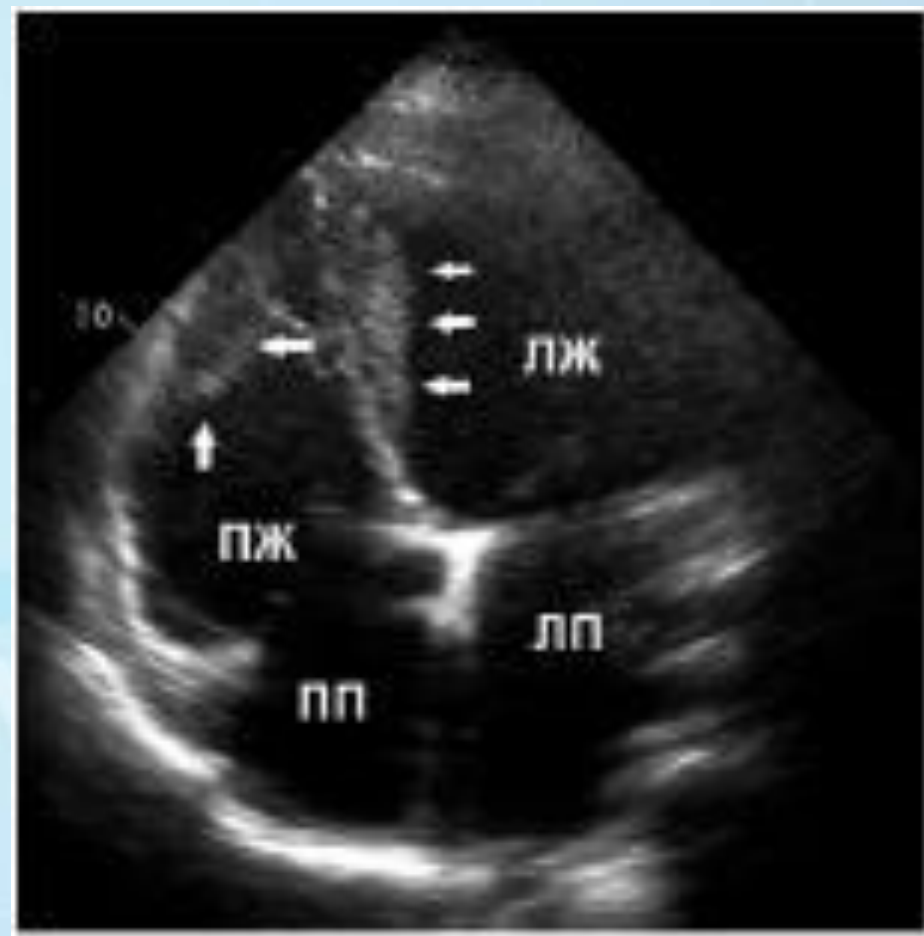
Инструментальная диагностика ЭКГ-КГ

Метод выбора

- ✓ Увеличение всех камер сердца.
- ✓ Снижение систолической функции ЛЖ.
- ✓ Относительная недостаточность атриовентрикулярных клапанов.
- ✓ Незначительный перикардальный выпот

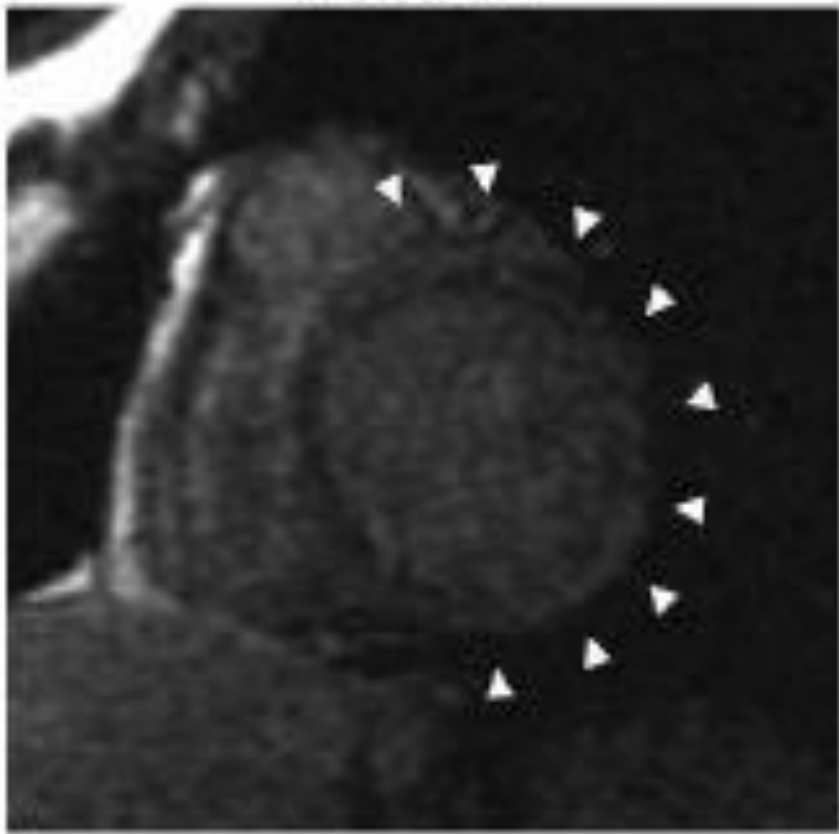
Мониторинг ЭХО-КГ:

*перед выпиской, через 6 недель,
затем по состоянию, в случае
регресса симптомов - ежегодно*

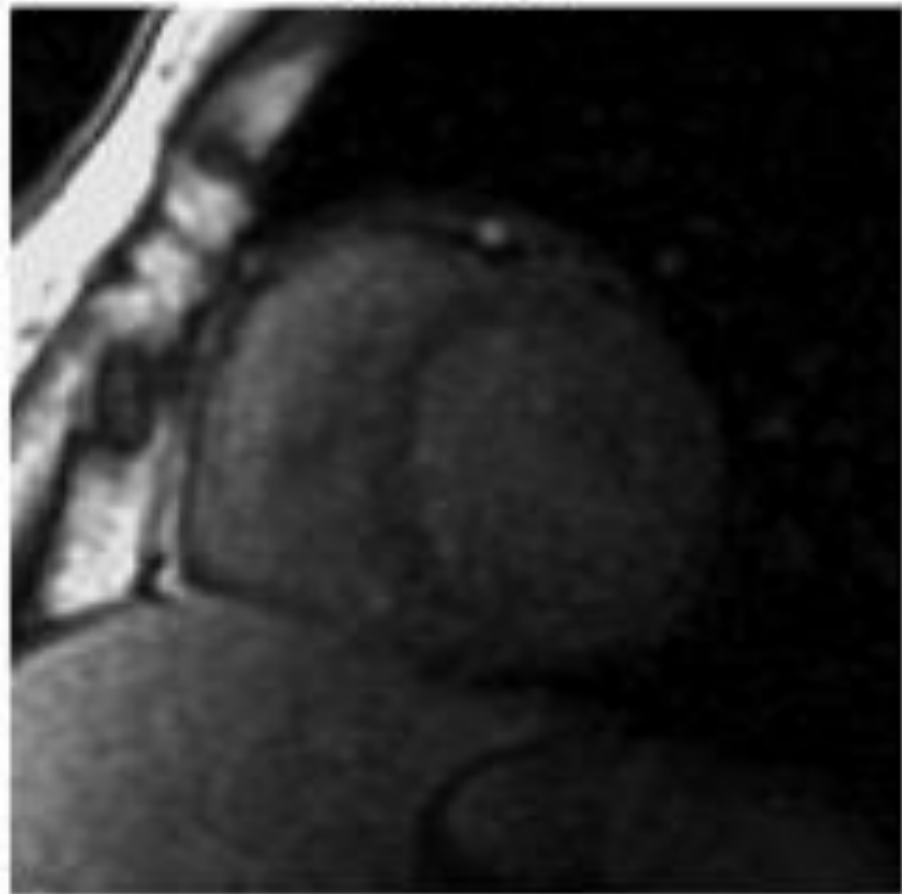


Инструментальная диагностика **МРТ**

2006.7



2007.4



Диагностические критерии

Необходимо наличие всех !

- ✓ Развитие СН в последние месяцы беременности или в течение 5 месяцев после родов.
- ✓ Отсутствие определяемой причины СН.
- ✓ Отсутствие заболеваний сердца до последнего месяца беременности.
- ✓ Эхо-КГ критерии.
 - ФВ < 45%;
 - ФУ < 30%;
 - ↑ КДР ЛЖ более 2,7 см/м².

Лечение

- ✓ Ограничение приема жидкости до 2 л/сут
- ✓ Ограничение поваренной соли до 2-4 г/сут
- ✓ Строгий постельный режим не является необходимым



Лечение

Терапия в дородовом периоде



**β-адреноблокаторы*

- Карведилол
- Метопролол

**Вазодилататоры*

- Гидралазин

**Диуретики*

- Фуросемид

**Низкомолекулярный гепарин*

- Эноксапарин
- Тинззапарин

Лечение

Терапия послеродовом периоде



ИАПФ: Каптоприл,
Эналаприл, Лизиноприл

БРА (при непереносимости
ИАПФ): Кандесартан,
Вальсартан

Бета-блокаторы:
Карведилол, Метопролол

Лечение

Терапия послеродовом периоде

Антагонисты

альдостерона: Верошпирон

Петлевые диуретики:

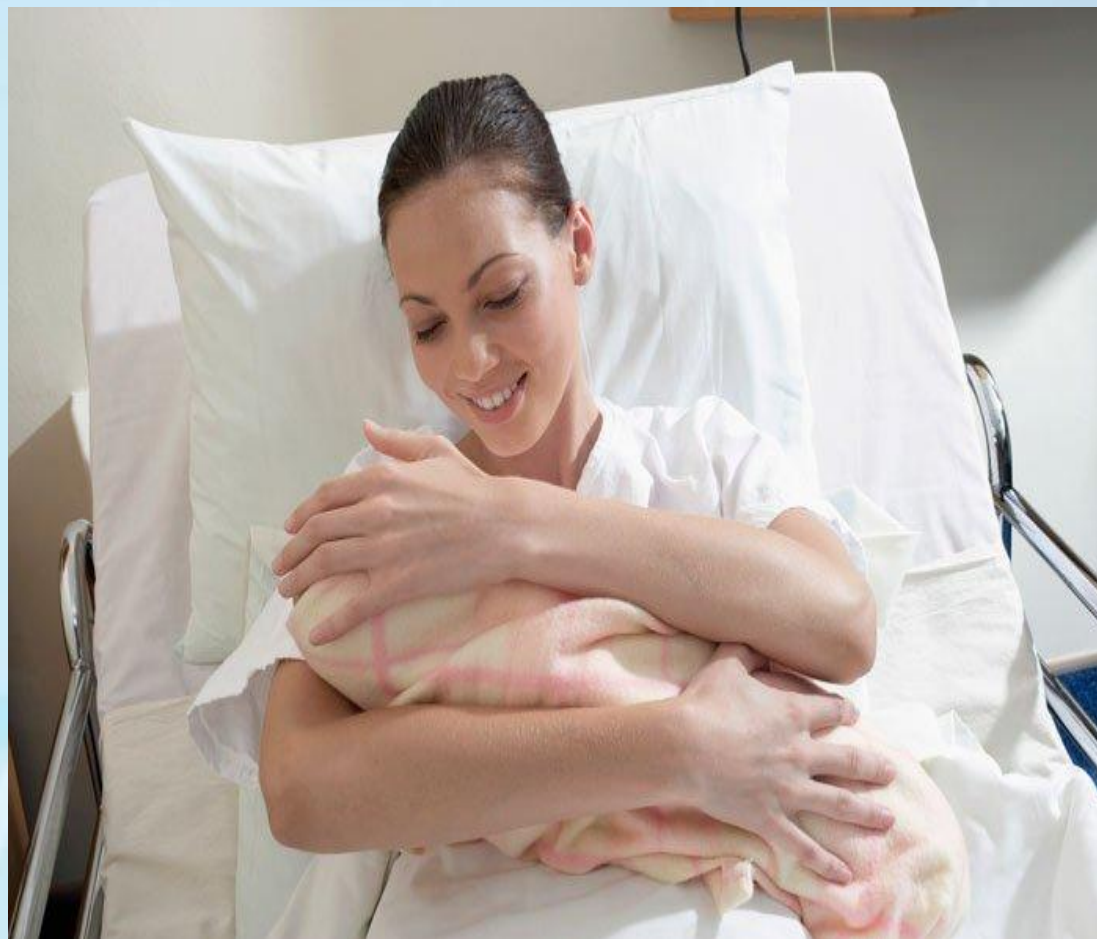
Фуросемид

Вазодилататоры: Гидралазин,
Изосорбида-динитрат

Блокаторы пролактина:

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

Варфарин по показаниям



Лечение

Патогенетическая терапия

Бромкриптин

Угнетает секрецию пролактина 16 кДа за счет связывания с дофаминовыми рецепторами

Положительно влияет на АД, сосудистое сопротивление и сывороточные уровни норадреналина

Увеличивает ударный объем и уменьшает давление наполнения ЛЖ

The background features a light blue grid on a darker blue background. A white line graph is overlaid on the grid, showing a series of peaks and troughs. The text is centered in the middle of the image.

Какой же прогноз ПКМП?

Благодарю за внимание!

