

ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

*Исламова М.С. свободный соискатель кафедры предметов
терапевтических направлений №2 ТГСИ*

Научный руководитель: д.м.н., профессор Сабиров М.А.

Введение. Перипартальная кардиомиопатия (КМП) — редкое заболевание миокарда, ассоциированное с поздними сроками беременности и ранним послеродовым периодом. Перипартальную КМП сложно диагностировать в силу схожести проявлений сердечной недостаточности (СН) в последний месяц беременности с проявлениями преэклампсии, миокардита. Несвоевременность диагностики перипартальной КМП в значительной мере связана с недостаточной информированностью врачей об этой редкой патологии.

Цель. Изучить этапы диагностического поиска и тактики ведения пациента с перипартальной кардиомиопатией в послеродовом периоде.

Материал и методы. Анализ медицинской документации пациентки ГKB “Городская клиническая больница № 1” (ГКБ №1) (г. Ташкент) с перипартальной кардиомиопатией в послеродовом периоде.

Результаты. Пациентка Д., 33 лет, была госпитализирована в реанимационное отделение ГКБ №1 с жалобами: на нехватку воздуха, сухой кашель, перебои в работе сердца, отеки на ногах, удушье в положении лежа. В анамнезе 2 беременности, последняя — срочные индуцированные роды 2 месяца назад. В анамнезе не выявлено факторов риска развития ишемической болезни сердца, признаков перенесенного ревматизма, воздействия токсических веществ на миокард. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Выполнено ЭХО–КГ, где диагностирован тромбоз ЛЖ и ПЖ, перикардит, снижение фракции выброса ФВ (38%), желудочковые экстрасистолы. Суточное холтеровское мониторирование: синусовый ритм с ЧСС от 67 до 121 уд. в минуту, желудочковые экстрасистолы. Рентгенография органов грудной клетки — легочный рисунок обогащен за счет сосудистого компонента. В плевральных полостях слева и больше справа — выпот. Учитывая развитие сердечной недостаточности со сниженной ФВ левого желудочка в послеродовом периоде, на основании проведенного обследования установлен диагноз перипартальной кардиомиопатии. Начата интенсивная терапия СН с положительной клинико–инструментальной динамикой.

Заключение. На примере данного клинического случая, показано, что своевременная диагностика перипартальной кардиомиопатии, присутствие клинической “настороженности” при проявлении клиники недостаточности кровообращения у женщин в послеродовом периоде, позволяет в ранние сроки назначить патогенетическую терапию и снизить риски неблагоприятных исходов.

Библиографические ссылки:

1. Abdullaeva, L. M., Babadjanova, G. S., Nazarova, D. B., Muratova, N. D., & Ashurova, U. A. (2012). Роль гормональных нарушений в развитии бесплодия у больных с доброкачественными образованиями яичников. *Likars' ka sprava*, (3-4), 104-109.
2. Муратова, Н. Д., & Абдувалиев, А. А. (2015). Влияние трансформирующего фактора роста- $\beta 2$ на пролиферацию клеток лейомиомы матки. *Казанский медицинский журнал*, 96(6), 968-970.
3. Бабаджанова, Г., Абдурахманова, С., Муратова, Н., & Сулейманова, Н. (2020). Анализ репродуктивных нарушений у женщин с миомой матки и/или аденомиозом и методы коррекции. in *Library*, 20(1), 171-178.