

УДК 616.127-007.61:618.3

**ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ
КАРДИОМИОПАТИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Чухлеб Юлиана Юрьевна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Половинкина Марина Александровна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Ачмиз Саида Нуховна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

Иванчура Галина Сергеевна

*ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия*

В статье освещены факторы, определяющие причины развития, симптомы и тяжесть гипертрофической кардиомиопатии у беременных. Показаны особенности диагностики и лечения этого заболевания, клиническое наблюдение за беременной, страдающей ГКМП невысокого риска.

Ключевые слова: ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ, БЕРЕМЕННОСТЬ, ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

UDC 616.127-007.61:618.3

**HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY
AND PREGNANCY (CLINIC CASE)**

Chukhleb Yuliana Yur'evna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Polovinkina Marina Alexandrovna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Achmiz Saida Nukhovna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

Ivanchura Galina Sergeevna

*SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar,
Russia*

The paper studies the signs and causes of development and severity of hypertrophic cardiomyopathy (HCM) in pregnant. The features of diagnostics and treatment of the disease, clinical observation of the pregnant with non-high risk of HCM were presented.

Key words: HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY, PREGNANCY, DIASTOLIC DISFUNCTION OF THE LEFT VENTRICLE, DIAGNOSTICS, TREATMENT, PREGNANCY PROLONGATION

Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – это заболевание мышцы сердца неизвестной этиологии с широким спектром клинических проявлений. Оно поражает людей трудоспособного возраста и характеризуется резким утолщением выводного отдела межжелудочковой перегородки, гипертрофией миокарда и диастолической дисфункцией левого желудочка (ЛЖ).

Эпидемиология ГКМП

– впервые заболевание описано French and Germans приблизительно в 1900 г.;

– частота встречаемости в популяции – от 0,02 до 0,2 %;

– диагностируется в любом возрасте, преимущественно, у лиц молодого трудоспособного возраста;

– ежегодная смертность составляет от 1 до 6 %:

Течение заболевания

Гистологически при ГКМП обнаруживаются беспорядочное расположение кардиомиоцитов и фиброз миокарда. В большей степени гипертрофии подвергается межжелудочковая перегородка, в меньшей степени – верхушка и средние сегменты ЛЖ, в трети случаев – лишь один сегмент.

Морфологическое и гистологическое разнообразие ГКМП определяет ее малопредсказуемое течение.

Механизм развития обструкции выводного тракта ЛЖ и митральной регургитации:

– гипертрофия межжелудочковой перегородки (МЖП);

– переднее смещение папиллярных мышц и передней створки митрального клапана (МК);

– удлинение передней створки МК;

– смыкание створок МК на патологическом уровне.

Симптомы и жалобы

- 1) появляется одышка – вначале при значительных нагрузках, а затем – при небольших нагрузках и в состоянии покоя;
- 2) возникают головокружения и обмороки;
- 3) обнаруживается давящая, сжимающая боль за грудиной вследствие ограниченного поступления крови в артерии сердца;
- 4) может наступить внезапная сердечная смерть (единственное проявление заболевания).

Диагностика заболевания

- анализ анамнеза заболевания и жалоб;
- физикальный осмотр;
- электрокардиография (ЭКГ);
- суточное мониторирование электрокардиограммы (СМЭКГ) – позволяет определить частоту и выраженность нарушений ритма сердца и внутрисердечных блокад, а также оценить эффективность проводимого лечения нарушений ритма;
- фонокардиограмма;
- эхокардиография (Эхо-КГ);
- магнитно-резонансная томография (МРТ);
- проведение генетического анализа;
- катетеризация сердца;
- эндомиокардиальная биопсия;
- коронарокардиография;
- обязательная консультация акушера-гинеколога.
- показана консультация кардиохирурга.

Лечение

Терапия ГКМП должна быть направлена на профилактику и лечение сердечной недостаточности, которая обусловлена систолической и

диастолической дисфункцией, связана с нарушением ритма и ишемией, а также направлена на предупреждение внезапной смерти.

Медикаментозное лечение

Специфического лечения ГКМП не существует, используются следующие лекарственные препараты, предназначенные для беременных:

- бета-адреноблокаторы контролируют давление и частоту сердечных сокращений (ЧСС), уменьшают нарушения ритма сердца;
- антагонисты кальция группы верапамила увеличивают ток крови по собственным артериям сердца, способствуют улучшению расслабления и уменьшения жесткости сердца. Они разрешены к применению во второй половине беременности.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение пациенткам с выраженной гипертрофией межжелудочковой перегородки желательно выполнить до беременности.

Виды операций

1. Миотомия (миозктомия) – хирургическое удаление внутренней части межжелудочковой перегородки. Операция проводится на открытом сердце.
2. Этаноловая абляция – введение концентрированного раствора медицинского спирта в утолщенную межжелудочковую перегородку при помощи прокола грудной клетки и сердца под контролем ультразвука.
3. Имплантация кардиовертера-дефибриллятора: вживление под кожу или мышцу живота или грудной клетки специального прибора, соединенного электродами с сердцем и постоянно снимающего внутрисердечную электрокардиограмму.

Клинический случай

Пациентка С., 30 лет, первая прогрессирующая маточная беременность (12 недель). При постановке пациентки на учет в женскую консультацию на ЭКГ были зарегистрированы диффузные изменения миокарда и признаки гипертрофии ЛЖ и левого предсердия (ЛП). Ранее она не обследовалась.

По результатам электрокардиографии (ЭКГ): ритм синусовый с ЧСС – 82 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС). Обнаружены диффузные изменения миокарда ЛЖ и признаки гипертрофии ЛЖ и ЛП (рисунок 1).

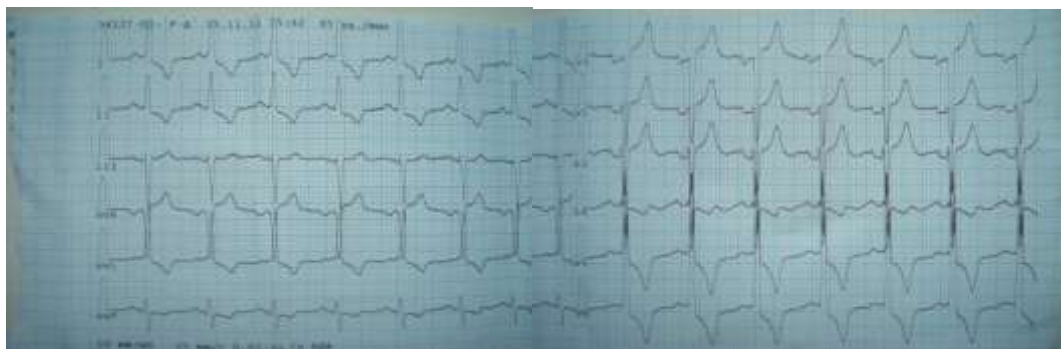


Рисунок 1. Результат электрокардиографического исследования

Пациентка была направлена в СКАЛ ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) г. Краснодара с целью обследования. На момент осмотра жалоб не предъявляла. Пациентке была выполнена Эхо-КГ.

По результатам эхокардиоскопии (Эхо-КС): ЛП – 37 мм (до 38 мм), фракция выброса (ФВ) – 55 %, в выносящем тракте ЛЖ (ВТЛЖ) и средней трети ЛЖ лоцируется высокоскоростной систолический поток с градиентом давления – около 17 мм рт. ст., средний градиент – 6 мм рт ст., регургитация на МК: +, регургитация на ТК: +, клапан ЛА без признаков гипертензии. Регургитация +.

Заключение: Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ со среднежелудочковой обструкцией и в ВТЛЖ.

С учетом клиники, данных Эхо-КГ принято решение о пролонгировании беременности у пациентки, динамическом ее наблюдении у кардиолога (один раз месяц) и акушера-гинеколога. Рекомендовано ограничение физических нагрузок, прием конкора в дозе 2,5 мг.

Весь период беременности больная ежемесячно приходила на консультацию к кардиологу, осуществлялся мониторинг ЭКГ, нарушений ритма и проводимости.

При обследовании больной в сроке 36 недель не выявлено существенных изменений на ЭКГ и по данным обследования. Во время холтеровского мониторирования ЭКГ обнаружены 1 желудочковая и 3 суправентрикулярные экстрасистолы, эпизодов ишемии нет. На Эхо-КГ без отрицательной динамики. У пациентки отмечались небольшое увеличение одышки, пастозность голеней.

Больной рекомендовано родоразрешение методом кесарева сечения, без применения эпидуральной анестезии.

Ребенок родился доношенный, весом – 2900 г. Послеоперационный период у матери и ребенка протекал без осложнений. Через месяц после выписки самочувствие пациентки и ребенка хорошее.

Список литературы

1. *Охапкин М.Б., Гурьев Д.Л., Хитров М.В.* Пособие для врачей и интернов. – изд. 3-е, перераб. и доп. – Ярославль: Ярославская гос. мед. академия, 2007.
2. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. – М., 2010.
3. *Мравян С.Р., Петрухин В.А.* Заболевания сердца у беременных. – М., 2014.