

S. Joshibayev^{1,2,3}, I.I. Mukhamedov^{1,2,3}, B.A. Bolatbekov^{1,2}

1 Kazahsky National Medical University named by SD Asfendiyarov, Almaty, Kazakhstan

2 Scientific-Clinical Center of Cardiac Surgery and Transplantology, Taraz, Kazakhstan.

3 International Kazakh - Turkish University named by HA. Yasavi, Turkestan, Kazakhstan

ENDOSCOPY IN SURGICAL TREATMENT OF ATRIAL SEPTAL DEFECT (REVIEW ARTICLE)

Resume: In the literature review, endoscopic methods and results of cardio surgical treatment of atrial septal defect are presented, both with and without robotic techniques. The literature review was carried out covering a 10-year period in electronic databases Pub Med, Springer and Google-Scholar.

Keywords: Minimally invasive heart surgery. Endoscopy. Congenital heart diseases. Atrial septal defect. Robotic surgery. Cardiopulmonary bypass

УДК 616.12-008-07-073.97-71

Р.Н. Кенжеханова

Кафедра внутренних болезней №3

Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова

ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОК С ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

В данной статье изложены данные о том, что эхокардиография является полезным методом для диагностики перипарտальной кардиомиопатии, позволяя оценить тяжесть состояния пациентки, эффективность проводимого медикаментозного лечения, определить прогноз для восстановления и последующего течения заболевания. Эхокардиография сейчас является стандартным неинвазивным мероприятием для оценки функции сердца, в настоящее время описаны эхокардиографические критерии для определения перипарտальной кардиомиопатии.

Ключевые слова: беременность, перипарտальная кардиомиопатия, эхокардиография.

Введение. Во время беременности у здоровой женщины можно наблюдать незначительные изменения размеров полостей сердца и изменения со стороны гемодинамики. Систолическое давление в легочной артерии может возрасти до 40-50 мм.рт.ст. Конечное диастолическое давление в левом желудочке не изменяется. На 2-3 мм может увеличиться диаметр корня аорты, левого предсердия и левого желудочка. Частота сердечных сокращений возрастает на 25-30%, уже в I триместре беременности увеличиваются минутный объем. Артериальное давление не изменяется.

Увеличивается степень клапанной регургитации (на трикуспидальном клапане до 3-й степени). В редких случаях можно наблюдать реакцию листков перикарда – наличие незначительно количества жидкости в перикарде. Жидкость исчезает спустя 1-3 месяца после родов при отсутствии лечения. Одной из возможных особенностей у беременных женщин является динамический стеноз нижней полой вены. Уменьшение просвета нижней полой вены сопровождается ускорением кровотока из нее в правое предсердие, шумом при аускультации и синкопальными состояниями, возникающими при перемене положения тела.

В редких случаях на фоне беременности может развиваться дилатация камер сердца. Данный синдром получил название «дилатационная кардиомиопатия беременных». У большинства женщин дилатация исчезает через 3-6 мес после родов. Иногда она сохраняется в дальнейшем. Данная дилатация связана с дисгормональными изменениями на фоне беременности.

На протяжении последних лет все чаще встречаются описания возникновения миксопатий дегенерации клапанов у женщин после беременности. Данные изменения клапанов сопровождаются формированием патологической регургитации[1].

Применение методов визуализации показано всем недавно родившим женщинам с жалобами или объективными причинами, указывающими на развитие сердечной недостаточности (СН), а если таковой окажется перипарտальная кардиомиопатия (ППКМП), то получить информацию, для прогнозирования исхода. Эти методы позволяют установить причину СН.

Дилатация левого желудочка (ЛЖ) отмечается не у всех пациенток [2,3], однако конечно-диастолический размер (КДР) ЛЖ > 60 мм так же, как и фракция выброса ЛЖ (ФВ ЛЖ) < 30%, служит плохими предикторами плохого восстановления ЛЖ[4]. Кроме того методы визуализации позволяют исключить тромбоз в ЛЖ, особенно при значительном снижении ФВ ЛЖ. Применять эти методы надо как можно раньше. Наиболее

распространена эхокардиография (ЭХОКГ). Повторная ЭХОКГ позволяет оценить эффективность медикаментозного лечения. Ее проводят перед выпиской больной из стационара, потом через 6 недель и 6 месяцев, далее – ежегодно.

Характерными эхокардиографическими признаками ППКМП являются дилатация всех четырех полостей сердца, умеренное накопление жидкости в полости перикарда. При доплерэхокардиографии выявляются митральная или трикуспидальная регургитация и значительное снижение ФВ (как отражение систолической дисфункции левого желудочка). Развитие гипертрофии миокарда желудочков нехарактерно[5].

Цель исследования: выявить изменения эхокардиографических показателей у пациенток при ППКМП.

Материалы и методы: для выявления изменений структур со стороны сердца проведен ретроспективный анализ эхокардиографических исследований из историй болезней 67 женщин с диагнозом ППКМП, в возрасте 25-44 лет, госпитализированных в отделение хронической сердечной недостаточности лечебного учреждения Казахстана за период 2010-2016гг. Эхокардиографическое исследование проводилось с помощью ультразвуковых систем производителей PHILIPS «HD11», PHILIPS «IU I22», имеющих электронные секторные датчики с частотой 2,5 и 3,75 МГц, по стандартной методике с использованием рекомендаций ASE (American Society of Echocardiography) в М- и В-режимах.

Результаты: ЭХОКГ-показатели характеризовались значительным увеличением полости левого желудочка и левого предсердия (КДО 68-84 мм, КСО 42-70 мм; левое предсердие 45-47 мм), менее значительным увеличением полости правого желудочка (29-35мм) и правого предсердия, низкой фракцией выброса (28-35%). Параметры внутрисердечной гемодинамики по результатам ЭХОКГ отражали увеличение линейных размеров левых отделов сердца у женщин. Так, у пациенток линейный размер левого предсердия на 8,8% (40,3±1,2 и 44,2±0,7 мм соответственно; p<0,01), КДР ЛЖ — на 7,5%, (64,1±0,9 и 69,3±1,8 мм соответственно; p<0,01), конечный систолический размер ЛЖ — на 12,4% (50,2±1,02 и 57,3±1,7 мм соответственно; p<0,01) были достоверно больше. Линейные размеры правых отделов сердца и отдельные параметры диастолической функции ЛЖ особенно не отличались.

Заключение: ЭХОКГ является полезным методом при диагностике перипарտальной кардиомиопатии, формулировке прогноза и последующего течения заболевания. Специфические эхокардиографические параметры (фракционное укорочение менее чем на 20%, конечный диастолический объем левого желудочка более чем 6 см при диагностике) могут

предсказывать длительную дисфункцию сердца. Кроме того, последующие беременности у женщин, у которых уже была диагностирована ППКМП, должны наблюдаться с крайней

осторожностью, так как эти пациентки имеют высокий риск рецидива.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Рыбакова М.К., Митьков В.В., Балдин Д.Г. Эхокардиография. – М.: Видар, 2016. – С.326.
- 2 Карен Слива, Дениз Хильфикер-Кляйнер, Марк К. Петри, Александр Мебазаа, Буркерт Писке и соавт. Современные представления об этиологии, диагностике и лечении перипартальной кардиомиопатии: рекомендации рабочей группы по изучению перипартальной кардиомиопатии при Ассоциации сердечной недостаточности Европейского кардиологического общества.
- 3 «Сердцева недостагнiсть». - 2010. - №3. – С. 72-83.
- 4 Fett J.D. Viral infection as a possible trigger for the development of peripartum cardiomyopathy. //Int J Gynaecol Obstet, 2007.-№97.- P.149-150.
- 5 Чара J.B., Heiberger H.B., Weinert L et al. Prognostic value of echocardiography in peripartum cardiomyopathy. //Obstet Gynaecol. - 2005. - №105.-P.1303-1308.
- 6 Огороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Диагностика болезней сердца и сосудов. Болезни миокарда. // Сердечная недостаточность, 2004. – Т. 8. - С. 211-213.

Р.Н. Кенжеханова

№3 iшкi аурулар кафедрасы

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медициналық Университеті

ПЕРИПАРТАЛДЫ КАРДИОМИОПАТИЯҒА ШАЛДЫҚҚАН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ЖҮРЕКТЕГІ ЭХОКАРДИОГРАФИЯЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Түйін: Бұл мақалада эхокардиография перипарталды кардиомиопатияны диагностика үшін пайдалы әдіс, пациенттің жағдайын ауырлық рұқсат бере болып көрінгендейдің осы мақалада баяндалған деректері, өткізілетін дәрі-дәрмекпен емді тиімділік, болжам және аурудың келесі ағысы. Эхокардиография жүректің функциясы үшін стандартты инвазивтік емес шаралары қазір бірлі болып көрінеді, перипарталды кардиомиопатия үшін эхокардиографиялық белгілер қазіргі уақытта табылды.

Түйінді сөздер: жүктілік, перипарталды кардиомиопатия, эхокардиография.

R. Kenzhekhanova

The Department of internal diseases №3

Asfendiyarov Kazakh National medical university

ECHOCARDIOGRAPHIC CHANGES OF HEART AT PATIENTS WITH PERIPARTUM CARDIOMYOPATHY

Resume: In this article these o that the echocardiography is a useful method for diagnostics peripartum cardiomyopathy are stated, allowing to estimate weight patients, efficiency of the carried-out medicamentous treatment, to define the forecast for restoration and the subsequent course of a disease. The echocardiography now is standard noninvasive action for an assessment of function of heart, in the present time echocardiographic criteria for definition of a peripartum cardiomyopathy are described.

Keywords: pregnancy, peripartum cardiomyopathy, echocardiography.

УДК 616.127-036.22-071-055.2

Р.Н. Кенжеханова

Кафедра внутренних болезней №3

Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова

ПЕРИПАРТАЛЬНАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

В данной статье представлено наблюдение перипартальной кардиомиопатии в раннем послеродовом периоде, у пациентки 23 лет, осложнившейся нарушением ритма сердца. Предрасполагающими факторами были анемия и острая респираторная вирусная инфекция, перенесенная во время беременности. ППКМП трудна в понимании этиологии, диагностики и оценке ежегодной частоты. Она относится к редким заболеваниям, однако ассоциируется со значительной материнской смертностью.

Ключевые слова: перипартальная кардиомиопатия, сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца.

Актуальность. Заболевание, при котором без видимой причины развиваются кардиомиопатия, сердечная недостаточность в последнем триместре беременности и в течение 5 месяцев после родов у ранее здоровых женщин, впервые было описано G. Negman и E. King (1930). В дальнейшем оно получило название «послеродовая» или перипартальная кардиомиопатия.

В конце XX – начале XXI вв. исследования, посвященные ППКМП, проводились в США, Южной Африке и Гаити, тогда как в других странах, в том числе европейских, они осуществлялись крайне редко.

Изучение этиологии и патофизиологии заболевания в западных странах было затруднено из-за незначительной заболеваемости. ППКМП – заболевание неизвестной этиологии с высоким риском смерти для беременной женщины и плода. В России было описано лишь несколько клинических случаев ППКМП [1]. В последние годы в литературе появились описания клинических случаев

ППКМП и в Республике Казахстан. В связи с актуальностью проблемы при Европейском обществе кардиологов создана рабочая группа по изучению ППКМП, в состав которой вошли многие кардиологические институты и центры Европы, ЮАР и США.

Клинический случай. Пациентка, 23 лет, на 7-е сутки после нормального родоразрешения поступила с жалобами на одышку в покое, чувство нехватки воздуха, отеки на нижних конечностях, сердцебиение, периодические ощущения «перебоев» в работе сердца. Из анамнеза выяснено, что данная беременность четвертая, протекала на фоне анемии. В сроке 35 недель беременности перенесла ОРВИ, получила стационарное лечение в отделении патологии беременных. В сроке 38 недель произошли самостоятельные роды живым доношенным плодом. В послеродовом периоде, на 7-е сутки появилась одышка, кашель с мокротой, одышка прогрессировала, в связи с чем была вызвана БСМП и пациентка была госпитализирована в