

ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА МАТЕРИ В РАЗВИТИИ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ж.С. Ибрагимова

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку, Азербайджан

Ключевые слова: перипартальная кардиомиопатия, беременность, факторы риска

Даже в век внедрения искусственного интеллекта в медицине XXI век – болезни сердца продолжают оставаться одной из ведущих экстрагенитальных причин материнской смертности во многих странах [1]. Одним из наиболее тяжелых заболеваний сердца, связанных с беременностью, является перипартальная кардиомиопатия (ПКМП). Перипартальная кардиомиопатия – редкий и до настоящего времени неизученный тип идиопатической кардиомиопатии, проявляющийся систолической дисфункцией левого желудочка и сердечной недостаточностью в течение последнего месяца беременности или в течении 5 месяцев после родов у ранее здоровых женщин [2-4].

В Соединенных Штатах зарегистрированная заболеваемость колеблется от 1 на 900 до 1 на 4000, и это число, вероятно, растет, учитывая более широкое признание этого заболевания, увеличение возраста матери и увеличение числа многоплодных беременностей из-за вспомогательных репродуктивных технологий. Глобальные оценки заболеваемости ПКМП сильно различаются по всему миру: до 1 из 96 родов в некоторых частях Нигерии и всего до 1 из 20 000 родов в Японии [5].

ПКМП является диагнозом исключения. К сожалению, клинические и лабораторные данные не являются специфичными для данного заболевания [6]. У большинства женщин ПКМП диагностируется после родов, обычно в первый месяц после родов. Необходимо выработать определенный алгоритм обследования беременных с подозрением на развитие ПКМП, для того, чтобы избежать как гипердиагностику, так и задержку диагностики.

Цель - выявить факторы риска развития ПКМП на основании данных анамнеза, наследственной предрасположенности.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось как проспективное наблюдательное клиническое, в нем приняли участие 60 женщин в возрасте 19-42 года. Работа

выполнена на базах кафедры «Внутренних болезней III» и «Акушерства и гинекологии I» Азербайджанского Медицинского Университета. Проведено проспективное когортное исследование 75 пациенток, которые были распределены на 4 группы:

I группа – 20 пациенток в 8–12 нед. + 6 месяцев после родов;

II группа – 20 беременных женщин в 24–28 нед. + 6 месяцев после родов;

III группа – 20 беременных женщин 36 нед. + 6 месяцев после родов.

Контрольную группу составили 15 беременных с I триместра и до конца.

Все женщины дали свое письменное согласие перед их включением в исследование. Критериями исключения из исследования были следующие заболевания и состояния: нейроциркуляторная дистония; симптоматическая АГ; гипертоническая болезнь III стадии; сахарный диабет; многоплодная беременность; беременность, наступившая в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий; легочная или сердечно-легочная и почечная недостаточность; диффузные заболевания соединительной ткани; заболевания печени (острые и хронические гепатиты, цирроз печени); злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные во время настоящей гестации; заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, а также состояния, после перенесенного ишемического или геморрагического инсульта) и т.д.

Статистические различия между группами оценивались с использованием критерия хи-квадрат (χ^2) и точного критерия Фишера (f).

Результаты.

Рандомизация осуществлялась по возрасту, социальным факторам, сопутствующим гинекологическим и экстрагенитальным заболеваниям. При анализе медико-социальной характеристики групп не было выявлено статистически значимых

различий по возрасту, социальным условиям. Возраст пациенток в исследуемых группах находился в пределах 19-42 лет.

Клинические симптомы у обследуемых не отличались от симптомов, характерных для течения физиологической беременности: слабость, быстрая утомляемость, отек пальцев и стоп, одышка при нагрузке, сердцебиение.

По данным нашего исследования, женщины, в большинстве случаев имели среднее образование 9 (45%) в основной группе I, 11 (55%) женщин в основной группе II, 10 (50%) в основной группе III и 9 (60%) женщин в контрольной группе (табл.1).

Таблица 1.
Анализ образования обследуемых

Образование	Основная группа I (n=20)		Основная группа II (n=20)		Основная группа III (n=20)		Контрольная группа (n=15)	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Среднее	9	45	11	55	10	50	9	60
Среднее-специальное	5	25	5	25	7	35	4	26,7
Высшее	6	30	4	20	3	15	2	13,3

Примечание: $p > 0,050$ – статистические различия не наблюдаются

Анализ характера трудовой деятельности показал, что наибольшая доля приходится на долю служащих 12 (60%), 10 (50%) и 11 (55%) в основных группах, в контрольной группе 3 (20%).

Наследственность по сердечно-сосудистой патологии среди всех беременных была отягощена у 16 (26,6%) обследуемых: у 8 (13,3%) – по отцовской линии и у 8 (13,3%) – по материнской. У 2 (3,3%) наследственность была отягощена по приобретенной патологии клапанов сердца, у 7(11,6%) – по гипертонической болезни, у 2 (3,3%) – по ИБС, у 5 (8,3%) – по нарушениям сердечного ритма.

По частоте экстрагенитальных заболеваний у обследуемых беременных (в анамнезе), в частности, между женщинами с хроническим тонзиллитом в основных группах по сравнению с контрольной не наблюдались статистические различия (соответственно, I - IV - $\chi^2=0,729$, $p=0,394$, $f=0,672$; II - IV и III - IV - $\chi^2=1,350$, $p=0,246$, $p>0,050$). Хронический гайморит в I и IV группах статистически не различался ($\chi^2=1,244$, $p=0,265$, $f=0,365$, $p>0,050$), но статистические различия наблюдались между II - IV и III - IV группами (соответственно, $\chi^2=6,172$, $p=0,013$, $f=0,022$, $p<0,050$; $\chi^2=8,887$, $p=0,003$, $f=0,004$, $p<0,010$). Среди беременных женщин с хроническим бронхитом в основных группах по сравнению с контрольной группой наблюдались статистические различия разной степени (соответственно, I - IV - $\chi^2=8,887$, $p=0,003$, $f=0,004$,

$p<0,010$; II - IV - $\chi^2=12,153$, III - IV - $\chi^2=16,128$, $p<0,001$). Данные статистики при хроническом пиелонефрите выявили, что в основных группах по сравнению с контрольной группой наблюдались статистические различия разной степени (соответственно, I - IV - $\chi^2=3,988$, $p=0,046$, $f=0,069$, $p<0,050$; II - IV - $\chi^2=6,374$, $p=0,012$, $f=0,016$, $p<0,050$, III - IV - $\chi^2=9,343$, $p=0,003$, $f=0,005$, $p<0,010$). Не наблюдались статистические различия при заболеваниях ЖКТ и варикозной болезнью (в анамнезе). Однако между беременными с артериальной гипертензией (в анамнезе) в основных группах по сравнению с контрольной группой наблюдались статистические различия разной степени (соответственно, I - IV - $\chi^2=3,988$, $p=0,046$, $f=0,069$, $p<0,050$, II - IV - $\chi^2=7,778$, $p=0,006$, $f=0,007$, $p<0,010$; III - IV - $\chi^2=17,740$, $p<0,001$). При этом у пациенток с артериальной гипотонией в основных по сравнению с контрольной группой не наблюдались статистические различия (соответственно, I - IV - $\chi^2=0,012$, $p=0,912$, $f=1,000$; II - IV - $\chi^2=0,216$, $p=0,643$, $f=0,700$; III - IV - $\chi^2=0,729$, $p<0,394$, $f=0,430$, $p>0,050$).

Изучение структуры экстрагенитальных заболеваний на момент беременности в исследуемых группах, показало, что между женщинами с железодефицитной анемией в основных группах по сравнению с контрольной группой наблюдались статистические различия (соответственно, I - IV - $\chi^2=12,216$; II - IV и III - IV - $\chi^2=18,667$, $p<0,001$). В целом, между женщинами с заболеваниями

сердечно-сосудистой системы (ССС) в I основной группе по сравнению с IV группой не наблюдались статистические различия ($\chi^2=1,944$, $p=0,164$, $f=0,187$, $p>0,050$), но между II и IV, III – IV группами наблюдались статистические различия (соответственно, $\chi^2=7,887$, $p=0,005$, $f=0,008$, $p<0,010$; $\chi^2=13,827$, $p<0,001$). Беременные с артериальной гипертензией I основной группы по сравнению с IV, между II и IV, между III и IV группами наблюдались статистические различия (соответственно, $\chi^2=3,988$, $p=0,046$, $f=0,069$, $p<0,050$; $\chi^2=7,788$, $p=0,006$, $f=0,007$, $p<0,010$; $\chi^2=17,740$, $p<0,001$). Между женщинами с варикозной болезнью в I группе по сравнению с IV, между II и IV, между III и IV группами наблюдались статистические различия (соответственно, $\chi^2=3,902$, $p=0,049$, $f=0,101$, $p<0,050$; $\chi^2=8,887$, $p=0,003$, $f=0,004$, $p<0,010$; $\chi^2=12,153$, $p<0,001$). У пациенток с артериальной гипотонией в I группе по сравнению с IV, между II и IV, между III и IV группами не наблюдались статистические различия (соответственно, $\chi^2=0,012$, $p=0,912$, $f=1,000$; $\chi^2=0,216$, $p=0,643$, $f=0,700$; $\chi^2=0,729$, $p=0,394$, $p>0,050$).

При заболеваниях мочевыделительной системы в I основной группе по сравнению с IV контрольной группой, между II и IV, III и IV

группами наблюдались статистические различия (соответственно, $\chi^2=3,988$, $p=0,046$, $f=0,069$; $\chi^2=6,374$, $p=0,012$, $f=0,016$, $p<0,050$; $\chi^2=9,343$, $p=0,003$, $f=0,005$, $p<0,010$).

В целом, между женщинами с заболеваниями эндокринной системы в I основной группе по сравнению с IV контрольной группой, между II и IV, III и IV группами наблюдались статистические различия (соответственно, $\chi^2=3,902$, $p=0,049$, $f=0,101$; $\chi^2=6,172$, $p=0,013$, $f=0,022$, $p<0,050$; $\chi^2=10,443$, $p=0,002$, $f=0,002$, $p<0,010$). Между женщинами с фиброзно-кистозной мастопатией в I основной группе по сравнению с IV контрольной группой и между III и IV группами не наблюдались статистические различия ($\chi^2=2,028$, $p=0,155$, $f=0,207$, $p>0,050$), но между II и IV группами наблюдались статистические различия ($\chi^2=3,902$, $p=0,049$, $f=0,101$, $p<0,050$).

Возраст на момент менархе варьировал от 10 до 16 лет, в среднем составлял 12,5 лет. У 11 (84,6%) менструации установились сразу. Продолжительность менструации колебалась от 2 до 8 дней, в среднем – 5 суток. Длительность менструального цикла варьировала от 14 до 60 дней и в среднем составляла 29,5 дня (табл. 2).

Таблица 2.
Характеристика менструального цикла

Оцениваемый признак		Основная группа I (n=20)		Основная группа II (n=20)		Основная группа III (n=20)		Контрольная группа (n=15)	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Характер выделений	Скудный	4	20	5	25	5	25	2	13,3
	Умеренный	4	20	4	20	4	20	12	80
	Обильный	12	60	11	55	11	55	1	6,7
Регулярность менструаций		9	45	8	40	9	45	15	100
Болезненность менструаций	Иногда	5	25	5	20	4	20	2	13,3
	Да	13	65	12	60	11	55	2	13,3
	Нет	2	10	3	15	4	20	11	73,3

Не отличается от общей тенденции и начало половой жизни у пациенток. Так, до 20 лет начали половую жизнь 30%, 25% и 20% пациенток основных групп I-II-III. Старше 20 лет начали половую жизнь 70% женщин основной группы I, 75% женщин основной группы II, 80% женщин основной группы III и 93,3% женщин контрольной группы.

При сравнении женщин I основной группы с IV, у которых сопутствующим заболеванием была

эрозия шейки матки не наблюдались статистические различия ($\chi^2=2,987$, $p=0,084$, $f=0,134$, $p>0,050$), но статистические различия наблюдались между II и IV, III и IV группами ($\chi^2=3,988$, $p=0,046$, $f=0,069$, $p<0,050$). Между женщинами I основной группы и IV, с сопутствующим хроническим сальпингоофоритом не наблюдались статистические различия ($\chi^2=2,028$, $p=0,155$, $f=0,207$, $p>0,050$), но статистические различия наблюдались при сравнении II и IV, III и IV групп

(соответственно, $\chi^2=7,468$, $p=0,007$, $f=0,009$; $\chi^2=10,443$, $p=0,002$, $f=0,002$, $p<0,010$). При сравнении женщин I основной группы и IV, II и IV, III и IV групп с бесплодием не наблюдались

статистические различия (соответственно, $\chi^2=0,729$, $p=0,394$, $f=0,430$; $\chi^2=0,012$, $p=0,912$, $f=1,000$, $p>0,050$) (табл.3).

Таблица 3.
Сопутствующие гинекологические заболевания среди обследуемых

Сопутствующие заболевания	Группы исследуемых							
	Основная группа I (n=20)		Основная группа II (n=20)		Основная группа III (n=20)		Контрольная группа (n=15)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Эрозия шейки матки	8	40	9	45	9	45	2	13,3
Мастопатия	4	20	9	45	11	55	-	-
Хронический сальпингоофорит	5	25	10	50	12	60	1	6,7
Хронический эндоцервицит	7	35	11	55	7	35	2	13,3
Эндометрит	4	20	6	30	5	25	-	-
Эндометриоз	1	5	3	15	5	25	-	-
Миома матки	2	10	3	15	2	10	-	-
Бесплодие	3	15	5	25	3	15	4	26,7

Обсуждение

Точная заболеваемость ПКМП остается плохо определенной, главным образом из-за отсутствия популяционных оценок и универсальных диагностических критериев [3,5]. ПКМП имеет несколько клинических определений. Хотя все определения сходятся во мнении, что ПКМП возникает за несколько недель до и после беременности, они различаются описанием фактического состояния. Это редкая форма кардиомиопатии, проявляющаяся систолической дисфункцией ЛЖ и идиопатической сердечной недостаточностью (СН) [2]; острая сердечная недостаточность при отсутствии заболеваний сердца до последнего месяца беременности [3]; и идиопатическая кардиомиопатия, манифестирующая СН на фоне систолической дисфункции ЛЖ [4]. Во всех зарубежных руководствах отмечается, что диагностика ПКМП начинается с сбора анамнеза пациента для выявления симптомов сердечной недостаточности в третьем триместре или в первые несколько недель после родов [2, 7]. Факторы риска развития ПКМП, упоминаемые в литературе, включают многоплодную беременность,

преэклампсию, гестационную артериальную гипертензию, повторную (нередко и первую) беременность у женщин старше (иногда и моложе) 30 лет, негроидную расу, неблагоприятные социально-экономические условия [8]. Начало клинических симптомов у пациенток с ПКМП существенно различается, но у большинства (78%) симптомы развиваются в первые четыре месяца после родов, у 9% - в последний месяц беременности и у 13% - либо за один месяц до родов, либо более чем через четыре месяца после родов [9].

Анализ социально-медицинских показателей выявил, что полученные данные не являются специфическими данными, на которые следует опираться, при выборе группы риска по развитию ПКМП среди беременных. При первоначальной диагностики следует проводить обязательно эхокардиографические и лабораторные тесты. Диагноз следует учитывать у любой беременной или родильницы с симптомами сердечной недостаточности.

**Peripartum kardiomiopatiyanın inkişafında
ananın sosial-tibbi risk faktorlarının
qiymətləndirilməsi**

**Assessment of maternal socio-medical
risk factors in the development of
peripartum cardiomyopathy**

J.S. İbrahimova

*Azərbaycan Tibb Universiteti,
Bakı, Azərbaycan*

J.S. Ibrahimova

*Azerbaijan Medical University,
Baku, Azerbaijan*

*Açar sözlər: peripartum kardiomiopatiya,
hamiləlik, risk faktorları*

*Key words: peripartum cardiomyopathy,
pregnancy, risk factors*

Hamiləliklə əlaqəli ən ağır ürək xəstəliklərindən biri peripartum kardiomyopatiyadır (PPCM). Tədqiqatın məqsədi tibbi tarixə və irsi meyllərə əsaslanaraq PPCM-nin inkişafı üçün risk faktorlarını müəyyən etmək idi. Material və tədqiqat üsulları. 75 xəstənin prospektivli kohort tədqiqatı aparılmışdır. Qruplar arasında statistik fərqlər xi-kvadrat testi (χ^2) və Fişerin dəqiq testi (f) ilə qiymətləndirilmişdir. Nəticələr və müzakirə. Sosial-tibbi göstəricilərin təhlili aşkar etdi ki, əldə edilən məlumatlar hamilə qadınlar arasında PPCM inkişafı üçün risk qrupu seçərkən etibar ediləcək xüsusi məlumat deyil. İlk diaqnoz zamanı exokardioqrafik və laborator müayinələr aparılmalıdır.

One of the most severe heart diseases associated with pregnancy is peripartum cardiomyopathy (PCMP). Objective. To identify the risk factors of PCMP development on the basis of anamnesis data, hereditary predisposition. Material and methods of research. A prospective cohort study of 75 patients was carried out. Statistical differences between the groups were evaluated using the chi-square test (χ^2) and Fisher's exact test (f). Results and Discussion. The analysis of socio-medical indicators revealed that the data obtained are not specific data to be relied upon in selecting the risk group for the development of PCMP among pregnant women. Echocardiographic and laboratory tests should be mandatory in the initial diagnosis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веселовская, Н.Г. Перипартальная кардиомиопатия: патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз / Н.Г. Веселовская, Г.А. Чумакова, М.Г. Николаева [и др.] // ПМК - 2021. №10, - с. 44-48.
3. Maron, B.J. Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies / B.J. Maron, J.A. Towbin, G. Thiene [et al.] // Circulation, - 2006. №113, - p. 1807-1816.
4. Pearson, G.D. Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung, and Blood Institute and Office of Rare Diseases (national institutes of health) workshop recommendations and review / Pearson, G.D. J.C. Veille, S. Rahimtoola [et al.] // JAMA, - 2000. №283, - p. 1183-1188.
5. Sliwa, K. (2010) Current state of knowledge on etiology, diagnosis, management, and therapy of peripartum cardiomyopathy: a position statement from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Working Group on peripartum cardiomyopathy / K. Sliwa, D. Hilfiker-Kleiner, M.C. [et al.] // Eur. J Heart Fail, - 2010. №12, - p. 767-778.
6. Bhattacharyya, A. (2012) Peripartum cardiomyopathy: A review / A. Bhattacharyya, S.S. Basra, P. Sen [et al.] // Texas Heart Inst J., - 2012. №39, - p. 8.
7. Sliwa, K. Clinical characteristics of patients from the worldwide registry on peripartum cardiomyopathy (PPCM): EUR Observational Research Programme in conjunction with the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology Study Group on PPCM / A. Mebazaa, D. Hilfiker-Kleiner [et al.] // Eur J Heart Fail. – 2017. Vol.19, №9, - p. 1131-1141.
8. Blauwet, L.A. (2011) Diagnosis and management of peripartum cardiomyopathy / L.A. Blauwet, L.T. Cooper // Heart, - 2011. №97, - p. 1970-1981.
9. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. //Eur Heart J. - 2003. Vol.24, № 8, - p. 761-781.
10. Lampert, M.B. Peripartum cardiomyopathy / M.B. Lampert, R.M. Lang // Am Hear., - 1995. №130, - p. 860-870.