

КАРДІОМІОПАТІЇ У ЖІНОК ФЕРТИЛЬНОГО ВІКУ

Ніколаєнко-Камишова Тетяна Петрівна

доктор медичних наук, доцент кафедри
сімейної медицини ФПО та пропедевтики внутрішньої медицини
Дніпровський державний медичний університет
м. Дніпро, Україна

Орлова Людмила Іванівна

лікар акушер-гінеколог вищої категорії
координатор авушерсько-гінекологічної служби
Комунальне некомерційне підприємство
“Міська клінічна лікарня4” ДМР, КДВ
м. Дніпро, Україна

Введення:

Однією з найпоширеніших проблем у внутрішній медицині є розбалансування обмінно-енергетичних механізмів при наявності коморбідних захворювань. Наслідками порушень гормонального, ліпідного та білкового обмінів, гіповітамінозу може бути ожиріння, анемія та їх поєднання.

Жінки фертильного віку, особливо ті, які мають обтяжений соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнез, належать до найбільш вразливого контингенту, оскільки більшість з них страждає на надмірну вагу, інсулінорезистентність, має латентний залізодефіцит чи хронічну залізодефіцитну анемію. Мультидисциплінарний підхід до стану їх здоров'я дозволить своєчасно встановити наявність порушень з боку серцево-судинної системи, оскільки серце є одним з метаболічно чутливих органів.

Впродовж прогресування обмінних порушень виникають прояви метаболічної кардіоміопатії: міокардіоцити зазнають дистрофічних змін порушується скорочувальна функція міокарду (неефективна скорочувальна функція), виникає гіпертрофії серцевого м'яза та розвивається серцева недостатність

Мета роботи: Визначити вірогідність ризику щодо розвитку метаболічної кардіоміопатії у жінок фертильного віку з обтяженим соматичним та

акушерсько-гінекологічним статусом.

Матеріали і методи: В центрах надання первинної медичної допомоги спостерігались 23 жінки фертильного віку (32-45 років), що мали обтяжений соматичний та акушерсько-гінекологічний анамнез (аномальні маткові кровотечі при наявності лейоміоми тіла матки, аденоміозу, полікістозних яєчників, а також при наявності анемії в період вагітності, яка потребувала корегування залізовмісними препаратами).

Проводилось загально-клінічне обстеження: загальний аналіз крові з визначенням показників рівня гемоглобіну, еритроцитів, еритроцитарних індексів - MCV (об'єм еритроциту), MCH (вміст гемоглобіну в еритроциті), біохімічних досліджень: рівень загального білку, ліпидограма, показники феритину, рівень глікованого гемоглобіну)

Пацієнтки спостерігались лікарями сімейної практики, консультовані гінекологом, кардіологом, ендокринологом.

Результати та обговорення: Основні скарги пацієнток були акцентовані на “кардіологічних ” проблемах, а саме - відмічались неприємні відчуття та болі в ділянці серця, задуха та серцебиття що посилювалися при фізичному навантаженні, швидка виснаженість, поява набряків гомілок.

Стан погіршувався поступово, упродовж 6-12 місяців. Головне занепокоєння пацієнток було викликане зниженням якості життя при значній обмеженості чи неможливості виконувати повсякденну роботу.

При обстеженні у всіх пацієнток встановлено ожиріння при об'єму талії більше за 96 см, шкіра суха, помірно бліда, долоні вологі, холодні, слизові оболонки бліді; з боку серця - тахікардія (ЧСС більше 100/хв), глухі тони, артеріальний тиск - підвищений - (140 та 90 мм.рт.ст.), пульс нормального наповнення, іноді аритмічний.

За показниками ЕКГ: гіпердинамічний тип циркуляції з ознаками гіпертрофії лівого шлуночка, скорочення інтервалу P-Q, подовшення та зниження сегменту ST, уплощений зубець T.

Лабораторні показники:

Загальний аналіз крові: Гемоглобін - 100 - 78 г/л, Еритроцити $3,45-2,89 \cdot 10^{12}$, MCV 65-75, MCH 22-28

Біохімічні показники: Загальний білок 58-63 г/л, феритин 2,6-8 мг/мл, ХСЛПНЩ- 4,8-5,6 ммоль/л, тригліцериди - 4,3-5,3 ммоль/л, СРБ - до 8,5 мг/л. НвА1с - 5,8-6,2 %.

При консультації кардіолога встановлювався діагноз метаболічної кардіоміопатії складного генезу з проявами гемічної гіпоксії.

Заключення гематолога: хронічна залізодефіцитна анемія з проявами сідеропенічного та астенічного синдромів.

Заключення ендокринолога: Ожиріння. Гіперхолестеринемія. Гіпертригліцеридемія. Предіабет

Корегування стану передбачало модифікацію способу життя та призначення етіопатогенетичної та метаболічної терапії.

При нормалізації та стабілізації показників рівня гемоглобіну, еритроцитів, еритроцитарних індексів, підвищенні рівней феритину та загального білку призначення підтримуючих доз залізовмісних препаратів упродовж тривалого часу (в залежності від особливостей гінекологічних порушень) призводило до поліпшення стану.

Корегування дієти, активізація фізичного стану при зменшенні маси тіла позитивно відзначалось на ліпідному та вуглеводному обміні.

ЕКГ-динаміка - з позитивними змінами відповідно зменшенню проявів гемічної гіпоксії.

Висновки: Проблема метаболічної кардіоміопатії у жінок фертильного віку, особливо при обтяженому соматичному та акушерсько-гінекологічному стані, є вкрий актуальною у зв'язку з розповсюдженістю метаболічних порушень у вигляді гіперхолестеринемії, тригліцеридемії, наслідком чого є ожиріння та наявність латентного діабету.

При крововтратах, зумовлених аномальними матковими кровотечами, зі зменшенням резервів заліза та прогресуванням анемії посилюються прояви гемічної гіпоксії з порушенням функцій серцево-судинної системи.

Поєднання ожиріння з анемією поглиблює серцево-судинні порушення

Визначення синдрому комплексу ожиріння чи надлишкової ваги при залізодефіциті та гіпопротеїнемії потребує мультидисциплінарного підходу щодо оптимізації лікування та профілактики розвитку ускладнень.

При проведенні профілактичних оглядів лікарями сімейної практики слід враховувати наявність факторів ризику, щодо системних проявів знедужання в разі метаболічних порушень.

Проведення роз'яснювальної роботи серед жінок дозволить запобігти небажаних наслідків у стані здоров'я.