

УДК: 616.127-08-085:618.3

Особенности диагностики и лечения перипартальной кардиомиопатии

О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова, Ю.А. Кучеренко, Т.А. Микула

*Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», Симферополь***Ключевые слова:** перипартальная кардиомиопатия, диагностика, лечение

Перипартальная кардиомиопатия (ПКМП) представляет собой одну из причин развития тяжелой сердечной недостаточности в акушерской практике. Согласно рекомендациям Европейской Ассоциации кардиологов (ESC) по диагностике и лечению кардиомиопатий 2008г, относится к отдельным формам дилатационной кардиомиопатии. Представляет собой заболевание сердечной мышцы, обусловленное беременностью, которое манифестирует в промежутке между последними месяцами беременности и несколькими месяцами после родов у женщин, не имеющих каких либо заболеваний сердечно-сосудистой системы в анамнезе.

В течение длительного времени ПКМП звучала, как состояние с неизвестной этиологией и патогенезом. Несмотря на то, что заболеваемость этой кардиопатией относительно невелика и составляет в Европе и Северной Америке 1 случай на 1300 - 4000 родов, ее доля среди причин материнской смертности достигает 6%. Трудность решения данной проблемы обусловлена незначительным количеством проведенных исследований. Тем не менее, накопленные за последние годы данные доказательной медицины и результаты научных исследований, позволили в 2010г. рабочей группе при ассоциации сердечной недостаточности европейского кардиологического общества сформулировать рекомендации «Современные представления об этиологии, диагностике и лечении перипартальной кардиомиопатии».

Попытки объяснить механизмы развития данного состояния с позиций доказанных патогенетических процессов остальных форм дилатационной

кардиомиопатии себя не оправдали. Не нашли достоверного научного подтверждения теории генетических дефектов, влияния вирусной инфекции, воспалительного поражения. В настоящее время ведущей этиопатогенетической теорией формирования ПКМП является теория развития оксидативного стресса и образования кардиотоксичных фрагментов пролактина. К факторам, способствующим развитию ПКМП относятся общие факторы сердечно-сосудистого риска, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение; а так же некоторые факторы, связанные с беременностью: возраст беременной, признаки преэклампсии, количество беременностей и родов в анамнезе, использование препаратов для стимуляции родовой деятельности.

Клиническое течение ПКМП крайне вариабельно. Возможно быстрое прогрессирование в течение нескольких дней проявлений сердечной недостаточности, вплоть до ее терминальной стадии. С другой стороны описаны варианты течения ПКМП, которые характеризуются спонтанным выздоровлением и полным восстановлением функции левого желудочка. Оба эти варианта не характерны для типичной дилатационной кардиомиопатии, которая характеризуется подострым развитием и длительным, но неуклонным прогрессированием ХСН.

Основным клиническим синдромом ПКМП является синдром хронической сердечной недостаточности с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ ЛЖ < 45%), при этом выраженная дилатация левого желудочка, как и других камер сердца является не обязательным признаком.

Начальные проявления ПКМП нередко имити-

руют проявления, свойственные физиологической беременности: отечность ног, одышка при физической нагрузке. При этом больные могут жаловаться на дискомфорт в области сердца, сердцебиение, головокружение, ночной кашель, тяжесть в эпигастриальной области или правом подреберье. Нередко данная симптоматика связывается с беременностью, а в послеродовом периоде общей физической слабостью, обусловленной родами, лактацией, бессонными ночами, нередко анемией. У подавляющего большинства пациенток (78%) симптоматика появляется в первые месяцы после родов, и у лишь небольшого числа – в конце беременности.

ПКМП, как и другие формы дилатационной кардиомиопатии нередко проявляется разнообразными нарушениями ритма сердца и проводимости, что способствует высокому риску внезапной сердечной смерти. Нередким осложнением данного заболевания являются тромбоэмболии, что так же может осложнять прогноз.

Диагноз ПКМП является диагнозом исключения. В целом, это состояние, которое характеризуется выраженной сердечной недостаточностью, снижением сократимости левого желудочка, при отсутствии явной причины для этого. Дифференциальная диагностика проводится с семейной дилатационной кардиомиопатией, пороками сердца, артериальной гипертензией, миокардитами, ТЭЛА. При этом учитываются сроки возникновения сердечной недостаточности, которые для дилатационной кардиомиопатии, пороков сердца, артериальной гипертензии в большинстве случаев приходится на второй триместр беременности, а так же данные дополнительных методов исследования, позволяющие выявить причину сердечной недостаточности.

Лечебная тактика при острой СН, обусловленной ПКМП не отличается от принципов терапии острой сердечной недостаточности, вызванной другими причинами. Используется оксигенотерапия для поддержания сатурации артериальной крови кислородом на уровне >95%. При необходимости используется неинвазивная вентиляция легких, внутривенное введение петлевых диуретиков, органических нитратов, инотропных препаратов. Могут быть использованы методы механической поддержки левого желудочка, трансплантация сердца.

Лечебная тактика при сердечной недостаточности стабильного течения в послеродовом периоде осуществляется, в целом, в соответствии с рекомендациями ESC по лечению СН. Во время беременности применение данных рекомендаций возможно с учетом ряда ограничений. Так, ингибиторы АПФ и сартаны во время беременности абсолютно противопоказаны, т.к. обладают рядом неблагоприятных воздействий на плод, не изучено влияние на плод антагонистов альдостерона, варфарин не используется из-за возможного фетотоксического действия. Возможно применение комбинации гидралазина и органических нитратов, кардиоселективных бета-адреноблокаторов, фуросемида, гидрохлортиазида,

дигоксина, нефракционированного гепарина и низкомолекулярных гепаринов.

В данных рекомендациях, в качестве патогенетической терапии предложено использование бромкриптина, как препарата, подавляющего синтез пролактина. Многообещающие результаты были получены в рандомизированном пилотном исследовании по оценке эффективности бромкриптина. В исследование были включены пациентки, у которых диагноз ПКМП устанавливался после родоразрешения. Бромкриптин использовался в дозе 2,5 мг 2 раза в сутки в течение 2 недель, затем 2,5 мг в сутки в течение 4 недель. По сравнению с пациентками, получавшими стандартную терапию, на фоне использования бромкриптина был достоверно ниже уровень смертности, а так же наблюдалось более выраженное восстановление сократимости миокарда.

Безопасность бромкриптина оценивалась в исследовании, включавшем свыше 1400 женщин, которые начинали принимать данный препарат в первые недели беременности. При этом не был выявлен повышенный риск прерывания беременности или врожденных аномалий развития у плода. Однако в данном руководстве подчеркивается, что эффективность и безопасность такого подхода требует дополнительных исследований.

Вопрос о сроках и методе родоразрешения беременной при подозрении на ПКМП решается совместно акушерами и кардиологами, с учетом выраженности сердечной недостаточности.

В дальнейшем, женщины страдающие ПКМП, нуждаются в тщательном консультировании по вопросам контрацепции, поскольку повторная беременность повышает риск обострения заболевания, и прерывание беременности не способствует предупреждению рецидива.

В целом, несмотря на ряд достижений, ПКМП является по-прежнему клинической ситуацией, сложной для диагностики и лечения, проблемой где больше вопросов, чем ответов.

Литература

1. Медведь В. П. Перипартальная кардиомиопатия как бидисциплинарная проблема / В.П. Медведь, Ю.В. Давыдова // *Здоров'я України*. - 2011. - № 3. - С. 64-65
2. Наказ МОЗ України від 29.03.2006, № 182 «Про розгляд випадків материнської смерті в системі МОЗ України».
3. «Прогностическое значение эхокардиографии при перипартальной кардиомиопатии», J.B. Chafa, H.B. Heiberger, L. Weiner, J. DeCara, R. M. Lang, J.L. Hibbard. *Отделение акушерства и гинекологии и терапии, Университет Чикаго, медицинская школа Pritzker, Чикаго, Иллиной, Obstetrics & Gynecology 2005; 105: 1303-8*
4. Репина М.А., Кузьмина-Крутецкая С.Р. Кардиомиопатия как причина материнской смертности. // *Журнал акушерства и женских болезней*. - 2007. - № 2. С. 78-83.
5. Что кроется за цифрами? Исследование случаев материнской смертности и осложнений в целях обеспечения безопасности беременности. Т. 1. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2003.
6. Bouvier-Colle M.H., Deneux C., Szego E. et al. Maternal mortality estimation in France, according to a new method // *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris)*. – 2004. – V. 33. – № 5. – P. 421-429.
6. Gissler M., Deneux-Tharaux C., Alexander S. et al. Pregnancy-related deaths in four regions of Europe and the United States in 1999-2000: Characterisation of unreported deaths // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod.*

Biol. – 2007. – *V.* 133. – № 2. – P. 179-185.

7. Markova S., Stambolon B., Veselinova T., Ivanova R. et al. Peculiarities of maternal mortality in University Hospital of Plevan for period 1977-2001 // *Akush. Ginekol. (Sofia)*. – 2007. – *V.* 46. – № 2. – P. 8-13.

8. Stewart D.E. A broader context for maternal mortality // *CMAJ*. – 2006. – *V.* 174. – № 3. – P. 253-257.

8. *Why Mothers Die 1997-1999: The Fifth Report of the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom.* – London: Royal college of Obstetrics and Gynecologists Press, 2001.

9. De Jong, Rietveld K., van Lochem L.T. et al. Rapid left ventricular recovery after cabergoline treatment in a patient with peripartum cardiomyopathy // *Eur. J. Heart Fail.* – 2009. – *Vol.* 11. – P. 220–222.

10. Duran N., Gunes H., Duran I. et al. Predictors of prognosis in patients with peripartum cardiomyopathy // *Int. J. Gynaecol. Obstet.* – 2008. – *Vol.*

101. – P. 137–140.

11. Elliott P., Andersson B., Arbustini E. et al. Classification of the cardiomyopathies: a position statement from the European society of cardiology working group on myocardial and pericardial diseases // *Eur. Heart J.* – 2008. – *Vol.* 29(2). – P. 270–276.

12. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur. Heart. J.* – 2008. – *Vol.* 29. – P. 2388–2442.

13. Fett J.D., Sanmon H., Thelisma E. et al. Abstract 815: Recovery of Heart Function in Women with Severe Heart Failure from Peripartum Cardiomyopathy in Haiti // *Circulation.* – 2008. – *Vol.* 118. – P. S616.

Особливості діагностики і лікування перипартальної кардіоміопатії.

О.М. Крючкова, О.А. Іцкова, Ю.О. Кучеренко, Т.О. Микула.

У акушерській практиці однієї з причин розвитку важкої серцевої недостатності є перипартальна кардіоміопатія. У статті приведений огляд сучасних літературних даних, у тому числі Рекомендацій Європейської Асоціації кардіологів, по діагностиці і лікуванню перипартальної кардіоміопатії.

Features of diagnostics and treatment in a patient with peripartum cardiomyopathy.

O.N. Kryuchkova, E.A Itskova, U.A. Kycherenko, T.A. Mikylyla.

In one obstetric practice of reasons of development of heavy cardiac insufficiency there is peripartum cardiomyopathy. The review of modern literary information is resulted in the article, including Recommendations European Association of cardiologists, on diagnostics and treatment in a patient with peripartum cardiomyopathy.