

КАРДИОМИОПАТИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сиденко В.М., Хидченко С.В., Бельская Е.С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск

Перипартальная кардиомиопатия (ППКМП) – тяжелое заболевание неизвестной этиологии, которое развивается у ранее здоровых женщин в конце

беременности или в первые месяцы после родов и характеризуется развитием систолической дисфункции левого желудочка [5,11]. Согласно определению Европейского общества кардиологов, ППКМП – форма дилатационной кардиомиопатии, для которой характерно развитие признаков сердечной недостаточности в течение последнего месяца беременности или первых 5 месяцев после родов [2,11].

ППКМП встречается редко, и ее распространенность варьирует в разных странах. Имеющиеся статистические данные о частоте выявления ППКМП ограничены. Основные эпидемиологические исследования были проведены в США, Гаити и ЮАР. По данным L.M. Mielniczuk с соавт., распространенность ППКМП в 1990-2002 гг. составляла в среднем 1 случай на 3189 рожениц [7].

ПКМП ассоциируется с высокой материнской смертностью [9]. Уровень летальности при этом заболевании составляет 7-56% [8]. Причинами смерти чаще всего являются прогрессирующая тяжелая сердечная недостаточность, тромбоэмболические осложнения и внезапная смерть [4].

Наибольший риск развития ППКМП имеют женщины в возрасте старше 30 лет, негроидной расы, курящие, с многоплодной беременностью, артериальной гипертензией, преэклампсией и получавшие токолитическое лечение агонистами бета-адренорецепторов [7].

Клинические проявления ППКМП чаще всего обусловлены застойной сердечной недостаточностью, а также могут включать нарушения сердечного ритма и тромбоэмболические осложнения.

Основным методом диагностики ППКМП является эхокардиография, позволяющая выявить систолическую дисфункцию левого желудочка. Существенную помощь в диагностике может оказать МРТ – в измерении объемов сердца, оценке его функции, а также визуализации внутрисердечных тромбов.

При ППКМП может наблюдаться увеличение уровня тропонина в сыворотке крови. Прогноз в таких случаях неблагоприятный. При повышении

уровня тропонина Т $\geq 0,04$ нг/мл в начале заболевания у пациенток в дальнейшем развивается систолическая дисфункция левого желудочка (чувствительность 55%, специфичность 91%) [6].

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у пациенток с ППКМП может быть обнаружено увеличение размеров сердца, признаки застойных явлений в легких и наличие плеврального выпота [1]. ЭКГ помогает выявить нарушения ритма, изменения сегмента ST и зубца T, снижение вольтажа или признаки гипертрофии левого желудочка.

Трудности диагностики ППКМП связаны с неспецифичностью клинической картины, необходимостью проведения дифференциального диагноза с заболеваниями, потенциально приводящими к развитию сердечной недостаточности.

Диагноз ППКМП является диагнозом исключения. Кроме того, некоторые симптомы заболевания могут наблюдаться и при нормально протекающей беременности [9]. Первые жалобы пациенток с ППКМП могут имитировать физиологические изменения при беременности: утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, одышку, головокружение и абдоминальный дискомфорт [1].

Современные диагностические критерии перипартальной КМП включают [5,9,12]:

- возникновение симптомов сердечной недостаточности в последний месяц беременности или в первые 5 месяцев после родов;
- отсутствие другой выявленной причины для развития сердечной недостаточности;
- отсутствие распознанного сердечного заболевания до последнего месяца беременности;
- эхокардиографические критерии (фракция выброса левого желудочка менее 45%).

Подходы к медикаментозной терапии ППКМП не отличаются от таковых при дилатационной кардиомиопатии и базируются на рекомендациях

Европейского общества кардиологов, касающихся диагностики и лечения сердечной недостаточности [3]. При ведении пациенток с ППКМП необходимо учитывать влияние назначенных препаратов на плод и их выведение с грудным молоком [9].

Лечебные мероприятия при ППКМП направлены на уменьшение потребления соли и жидкости, снижение сердечной пред- и постнагрузки, улучшение сократительной способности миокарда, снижение риска тромбоза и нарушений ритма сердца [8,10].

Во время беременности ингибиторы АПФ противопоказаны по причине их тератогенности, но после родов они становятся основными лекарственными средствами [1].

С целью снижения риска аритмий и внезапной сердечной смерти при ППКМП возможно использование кардиоселективных бета-адреноблокаторов, которые в значительно меньшей степени, чем неселективные, влияют на состояние маточного тонуса и периферический кровоток [1,9]. В случае фибрилляции предсердий при ППКМП эффективен дигоксин [9,10]. При необходимости могут быть использованы препараты, оказывающие положительное инотропное действие (добутамин) [11].

При беременности считается безопасным использование нитратов и гидралазина [9,10,11]. С целью разгрузки малого круга кровообращения и снижения преднагрузки пациенткам с ППКМП назначают мочегонные препараты. Следует помнить о том, что они могут ухудшать маточно-плацентарный кровоток. В тяжелых случаях показано назначение петлевых диуретиков в условиях стационара, в менее тяжелых случаях применяют тиазидные диуретики [10].

У пациенток с ППКМП значительно снижена систолическая функция левого желудочка, и имеется стаз крови в нем на фоне состояния гиперкоагуляции, свойственного беременности, что повышает риск развития тромботических эпизодов и является показанием к проведению антикоагулянтной терапии. В течение последнего месяца беременности назначают нефрак-

ционированный гепарин или препараты низкомолекулярных гепаринов, поскольку они не проникают через плаценту и не оказывают влияния на плод, в отличие от варфарина [1,9,10]. В послеродовом периоде в качестве антикоагулянта применяют варфарин [1,10]. Следует помнить, что назначение антикоагулянтов повышает риск кровотечения у матери и плода.

По данным G.D. Pearson et al., при лечении ППКМП у 20% пациенток эффективной может быть только трансплантация сердца [9].

Литература

1. Королева Е.Б., Востокова А.А. Перипартальная кардиомиопатия. Диагноз, прогноз, значение для материнской смертности. Медицинский альманах 2009;4:82-86.
2. 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;29(2):270-276.
3. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail 2013;15(3):361-362.
4. Fett J.D., Christie L.G., Carraway R.D. et al. Five-year prospective study of the incidence and prognosis of peripartum cardiomyopathy at a single institution. Mayo Clin Proc 2005;80:1602-1606.
5. Gore J.M. Pregnancy-Associated Cardiomyopathy. J Watch Cardiology 2005;617:3-3.
6. Hu C.L., Li Y.B., Zou Y.G. et al. Troponin T measurement can predict persistent left ventricular dysfunction in peripartum cardiomyopathy. Heart 2007;93: 488-490.
7. Mielniczuk L.M., Williams K., Davis D.R. et al. Frequency of peripartum cardiomyopathy. Am J Cardiol 2006;97:1765-1768.

8. Oakley C. Peripartum cardiomyopathy, other heartmuscle disorders and pericardial diseases. Heart disease in pregnancy. Ed. by: C.Oakley, C.A.Warnes. Blackwell Publishing 2007; Chap. 14:186-203.

9. Pearson G.D., Veille J.C., Rahimtoola S. et al. Peripartum cardiomyopathy: National Heart, Lung, and Blood Institute and Office of Rare Diseases (National Institutes of Health) workshop recommendations and review. JAMA 2000;283:1183-1188.

10. Phillips S.D. Peripartum cardiomyopathy: current therapeutics perspectives . Curr Treat Opt Cardiovasc Med 2004;6:481-488.

11. Sliwa K. et al. Current state of knowledge on aetiology, 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. Eur J Heart Fail 2010;12:767-778.

12. Srinivas M., Baldisseri M.R. Peripartum cardiomyopathy. Crit Care Med 2005;33:S340-S346.