

Перипартальная кардиомиопатия



Курсантка: Эрназарова Д.М.



- Исторически перипартальная гипертензия связана со смертностью частотой 25-50%, примерно 1/2 из этих смертей происходит в течение первых 3 месяцев после родов; и, несмотря на достижения в области медицины, она остается значимой причиной материнской смертности (6%).

Актуальность темы

- ППКМП встречается крайне редко, приблизительно с частотой один случай на **10 000-15 000** родов, преимущественно при беременности двойней, повторной беременности и у женщин старше 30 лет.
- В некоторых африканских странах заболеваемость ППКМП очень высока и составляет один случай на **100** родов (1%)

- **Перипартальная кардиомиопатия** - это форма дилатационной кардиомиопатии с левожелудочковой систолической дисфункцией и клиническими признаками застойной сердечной недостаточности, развивающимися у ранее здоровых женщин в последнем триместре беременности или в послеродовом периоде.

- Согласно определению Европейского общества кардиологов, ПКМП - форма дилатационной кардиомиопатии (ДКМП), для которой характерно развитие признаков СН в течение **последнего месяца беременности или первых 5 месяцев после родов**

- К факторам риска развития ПКМП относят:

- **возраст.**

ПКМП может развиваться у женщин любого возраста, однако наиболее высокую заболеваемость наблюдают у беременных старше 30 лет ;

- **количество беременностей и родов.**

Многорожавших женщин относят к группе риска ПКМП ;
многоплодную беременность ;

- **гестационную АГ.**

- **преэклампсию**

- **этническое представительство.**

- **генетическую предрасположенность.**

- **токолитическую терапию**, применяемую в целях снижения сократительной активности матки у беременных с риском преждевременных родов

- **употребление кокаина.** Имеются единичные указания на связь между употреблением кокаина и развитием ПКМП.

Этиология

перипартальной кардиомиопатии неизвестна.

Предполагается возможная связь заболевания с перенесенным миокардитом, так как в эндомиокардиальных биоптатах нередко выявляются признаки миокардита, однако эта точка зрения не считается доказанной.

Lang и соавт. (1998) считают, что развитие перипартальной дилатационной кардиомиопатии связано, прежде всего, с беременностью, с присущими ей особенностями, вероятно, не до конца выясненными, а не с какими-либо другими этиологическими факторами. В пользу этой точки зрения свидетельствуют следующие факты:

- - значительное уменьшение и даже полное исчезновение клинических проявлений у большого числа женщин в послеродовом периоде;
- - рецидив дилатационной кардиомиопатии при повторной беременности у женщин, которые имели кардиомиопатию во время предыдущей беременности.

- В 1971 г. J. Demakis и соавт. предложили следующие диагностические критерии ППКМП:
- 1) развитие недостаточности кровообращения в последний месяц беременности или в течение пяти месяцев после родов;
- 2) отсутствие заболевания сердца вплоть до последнего месяца беременности;
- 3) отсутствие других причин недостаточности кровообращения.

- Механизмы поражения кардиомиоцитов при ПКМП до конца неясны.

Их повреждение может развиваться вследствие вирусной инфекции, генетических нарушений и токсемии с участием аутоиммунных механизмов

. Существуют доказательства этиологической роли вирусных миокардитов в развитии ДКМП как в эксперименте на животных , так и у людей

- Обычно ППКМП развивается не во время беременности, а в послеродовом периоде.
- ППКМП протекает как дилатационная кардиомиопатия с тяжелым течением и прогнозом: смертность составляет 25-50%, причем около половины больных умирают в первые 3 мес. после родов.

- Изменения гемодинамики при беременности в первую очередь связаны с увеличенным объемом крови (преднагрузкой), приводящей к увеличению сердечного выброса и транзиторной гипертрофии ЛЖ. Увеличение сердечного выброса обычно достигает своего максимума на 20-й неделе беременности, а во II–III триместре беременности наблюдают преходящее снижение параметров систолической функции ЛЖ с постепенным их возвращением к исходным в ранний послеродовой период. Механизмы регуляции ремоделирования сердца при беременности недостаточно хорошо изучены. В качестве важного фактора, определяющего развитие дисфункции сердца при беременности, рассматривают нарушение регуляции митогенактивированной протеинкиназой (mitogen-activated protein kinases, MAPKs)

- Рассматривается роль в патогенезе ПКМП пролактина , релаксина , образования иммунных комплексов , сердечной NO-синтетазы , незрелых дендритных клеток , сердечного дистрофина , толлподобных рецепторов (от англ. toll-like receptors) , дефицита селена, повышающего чувствительность миокарда к повреждающим воздействиям и активации оксидантного стресса

- Недавние результаты показали, что фрагмент пролактина с молекулярной массой 16 кД может вызывать повреждение миокарда, что дает возможность рассматривать вопрос о лечении ПКМП путем блокирования секреции пролактина бромокриптином.

Так, включение бромокриптина в дозе 2,5 мг в стандартную схему лечения СН на 6-й день после родов приводило к уменьшению выраженности симптомов СН и повышению ФВ ЛЖ до 60% (исходная 15%) уже после 2 мес лечения.

- Клинические проявления ПКМП обусловлены развитием систолической дисфункции ЛЖ и сходны с таковыми при идиопатической ДКМП.
- Такие симптомы, как одышка, головокружение, отеки нижних конечностей могут наблюдаться и при нормально протекающей беременности. Одышку при беременности связывают с гипервентиляцией, вызванной прогестероном, а также давлением растущей матки на диафрагму.
- Периферические отеки имеют примерно две трети здоровых беременных .
- Однако при внезапном появлении отеков и других симптомов СН необходимо исключать ПКМП

- Клинические проявления ПКМП, кроме симптомов застойной СН, могут включать нарушения ритма сердца и тромбоэмболические осложнения

. Во время беременности риск тромбоэмболических осложнений возрастает из-за высокой концентрации II, VII, VIII, X факторов свертывания крови и фибриногена, а также может быть связан с дилатацией полостей сердца, систолической дисфункцией и наличием фибрилляции предсердий.

Повышенный риск их возникновения может сохраняться до 6 нед после родов.

Диагноз ПКМП является диагнозом исключения

Критериями ПКМП являются :

- развитие СН у беременных в течение последнего месяца беременности или 5 мес после родов;
- отсутствие сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе до последнего месяца беременности;
- отсутствие другой причины для развития СН;
- эхокардиографические признаки систолической дисфункции ЛЖ (ФВ ЛЖ

- При ПКМП отмечают повышение уровня тропонина Т в сыворотке крови .
- На ЭКГ выявляют синусовую тахикардию, неспецифические изменения реполяризации, нарушение ритма сердца и проводимости.
- При эхокардиографии определяют дилатацию полостей сердца, снижение сократительной способности миокарда ЛЖ и ФВ, а несколько реже — относительную недостаточность митрального и трехстворчатого клапанов и наличие жидкости в перикарде

- Согласно данным G.D. Pearson et al., в 76% случаев ПКМП при эндомиокардиальной биопсии обнаруживают миокардит.
- Проведение исследования рекомендуют в неясных случаях. Такую рекомендацию поддерживают не все ученые.
- Магнитно-резонансное исследование с гадолинием может быть полезным для оценки сократимости миокарда и выяснения причины его повреждения (вследствие миокардита или развития ишемии), однако остается невыясненным вопрос о безопасности применения гадолиния при беременности.

- Лечение ПКМП симптоматическое и включает лечение застойной СН, тромбоэмболических осложнений, нарушений ритма сердца и проводимости и базируется, как и лечение идиопатической ДКМП, на рекомендациях Европейского общества кардиологов (2008) в отношении диагностики и лечения острой и хронической СН.

- Имеются данные об эффективности применения при ПКМП **левосимендана**. Антиаритмическую терапию проводят согласно соответствующим протоколам. Однако при назначении медикаментозной терапии всегда необходимо учитывать влияние препаратов на плод и их выведение с грудным молоком

- При медикаментозном лечении ПКМП во время беременности могут быть использованы β -адреноблокаторы, нитраты, гидралазин, дигоксин .
- По мнению экспертов , применение **диуретиков** у беременных нежелательно в связи с тем, что они ухудшают маточно-плацентарный кровоток, но в случае необходимости их назначения следует отдавать предпочтение тиазидным или петлевым (фуросемид) диуретикам.

- Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), антагонисты рецепторов ангиотензина II и варфарин таким больным **противопоказаны** вследствие их потенциального **тератогенного действия.**

- Отрицательное воздействие ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов ангиотензина II на плод связывают с развитием фетальной гипотензии, пороков развития и задержкой внутриутробного развития плода, дисплазией почек, анурией, олигогидрамнионом и высоким риском смерти новорожденного

- В случае фибрилляции предсердий при ПКМП эффективен **ДИГОКСИН** .
Назначение антиаритмических препаратов 3-го (амиодарон) и 4-го (верапамил) классов следует избегать из-за побочного действия на плод.
- При их применении возможно развитие фетального гипотиреоза, брадикардии, нарушений проводимости сердца и гипотензии у плода, существует риск преждевременных родов [77].

- При лечении ПКМП в послеродовой период возможно применение всех рекомендованных Европейским обществом кардиологов для лечения острой и хронической СН медикаментозных средств: диуретиков, ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов ангиотензина II, спиронолактона, дигоксина и β -адреноблокаторов

- Пациенты с ПКМП и низкой ФВ ЛЖ (<35%) имеют высокий риск развития тромбозомболических осложнений и при развитии последних должны получать **антикоагулянтную терапию**. Во время беременности можно применять нефракционированный или низкомолекулярный **гепарин**

- Согласно рекомендациям Американского колледжа кардиологии и Американской ассоциации сердца по лечению больных с пороками клапанов сердца, **варфарин** является «сравнительно безопасным» в течение II и III триместров беременности, но должен быть отменен (с переходом на гепарин) за несколько недель до родов



- У пациенток с тяжелой формой СН, резистентной к медикаментозной терапии, необходимо рассматривать возможность **трансплантации** сердца, что позволит улучшить прогноз и качество жизни . Она необходима примерно 10% выжившим больным
- . У пациенток с симптомными желудочковыми аритмиями должен быть рассмотрен вопрос об имплантации **кардиовертера-дефибриллятора**, что значительно снижает риск внезапной смерти [55].

- Эффективность и безопасность иммуносупрессивной терапии при ПКМП сегодня не доказаны, что требует проведения крупных рандомизированных исследований. Вероятно, она может быть целесообразной при верифицированном миокардите не вирусной этиологии.

- Прогноз при ПКМП более благоприятный, чем при идиопатической ДКМП . Пятилетняя выживаемость больных ПКМП составляет 94% , ниже у больных со стойкими симптомами СН на протяжении 6 мес и более

- Таким образом, ПКМП — это довольно редкое, но тяжелое заболевание, возникающее у ранее здоровых беременных в последний месяц беременности или на протяжении 5 мес после родов.
- Характеризуется развитием систолической дисфункции ЛЖ, тромбоэмболическими осложнениями, нарушениями ритма сердца и проводимости.
- Ранняя диагностика, своевременное и адекватное лечение застойной СН, антикоагулянтная терапия и профилактика внезапной смерти улучшают прогноз при этом заболевании.
- Повторные беременности повышают риск рецидива ПКМП даже у женщин с восстановившимися параметрами систолической функции ЛЖ.



**Спасибо за
внимание.**