

Перипартальная кардиомиопатия как бидисциплинарная проблема

Комментарий к рекомендациям Европейского кардиологического общества 2010 г.

В.И. Медведь, Ю.В. Давыдова

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Киев

Появление консенсусного документа, имеющего статус европейских рекомендаций, в области акушерской кардиологии – редкое и всегда значительное событие. Подобных документов очень мало, потому что по этическим причинам специально спланированные многоцентровые рандомизированные контролируемые исследования с участием беременных женщин не проводятся. Имеющиеся в акушерской кардиологии рекомендации, как правило, основаны на согласованном мнении экспертов, то есть имеют крайне низкий уровень доказательности. Но, к сожалению, по большинству кардинальных практических вопросов, касающихся тактики ведения, родоразрешения, лечения беременных с разнообразной кардиологической патологией, и этого нет. Тем более значительным и важным представляется появление документа «Современные представления об этиологии, диагностике и лечении перипартальной кардиомиопатии: Рекомендации рабочей группы по изучению перипартальной кардиомиопатии при Ассоциации сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов», перевод которого опубликован в декабрьском номере журнала «Сердечная недостаточность» за 2010 год.

Взяться за перо авторов этого комментария заставила профессиональная причастность к проблеме перипартальной кардиомиопатии (ПКМП). В течение многих лет являясь членами экспертной комиссии по материнской смертности МЗ Украины, знаем, что ежегодно в нашей стране от этого заболевания умирает две-три женщины, причем этот диагноз регулярно ставят только патологоанатомы. К сожалению, даже они в подобных случаях, как правило, не устанавливают ПКМП, а пишут «идиопатическая кардиомиопатия» (шифр в МКБ-10 I42.9), редко – «дилатационная кардиомиопатия» (I42.0), совсем редко – «кардиомиопатия в послеродовом периоде» (O90.3). Причем

последний, наиболее верный вариант диагноза указывают исключительно в случаях, если больная умерла после родов, и никогда, если это произошло до родоразрешения, хотя термины «послеродовая кардиомиопатия» и «перипартальная кардиомиопатия» – синонимы.

Доводилось видеть беременных и родильниц с этим заболеванием и в клинике. К счастью, материнских потерь от ПКМП в нашей практике не было, таким образом, наш опыт диагностики, лечения и родоразрешения таких больных хотя и небольшой, но позитивный. Это позволяет высказаться по некоторым спорным или дискуссионным вопросам данного документа.

Внимательно ознакомившись с составом авторского коллектива, с удовлетворением отметили, что в подготовке рекомендаций принимали участие эксперты, представляющие минимум две специальности – кардиологию и акушерство, при этом основную роль играли кардиологи. Доминирующее участие кардиологов абсолютно естественно, поскольку преимущественное большинство случаев ПКМП возникает или впервые проявляется после родов, то есть в период, когда роль акушера-гинеколога в менеджменте тяжелого кардиологического заболевания минимальна. Если же ПКМП развивается до родов, роль акушера-гинеколога в обеспечении благоприятного исхода очень существенна. Рекомендации, подготовленные рабочей группой Европейского кардиологического общества, не стали менее современными, квалифицированными и полезными из-за того, что большую часть труда по их созданию взяли на себя кардиологи. Но некоторые акушерские упущения в них очевидны.

В рекомендациях указано несколько дефиниций ПКМП, даже приведена сравнительная таблица. В большинстве из них в качестве первого временного ограничителя отмечен «последний месяц беременности». В строгом медицинском

контексте такое определение временного интервала представляется некорректным. Дело в том, что последним месяцем беременности может стать период, например, от 7-й до 11-й недели, если беременность закончится ранним самопроизвольным выкидышем. Если же женщина родит преждевременно в 24 или 34 недели, то последний месяц беременности придется соответственно на 20-24-ю или 30-34-ю недели. Очевидно, что в дефиниции ПКМП речь идет о позднем сроке нормально доношенной беременности. Не улучшает, очевидно, ситуацию и более мягкое понятие «в конце беременности», предлагаемое (по некоторым соображениям) вместо «последнего месяца беременности». Учитывая что в среднем беременность длится 280 дней или 40 недель, или 10 лунных месяцев, причем имеет абсолютно конкретное, точно определенное во времени начало, было бы корректно первый ограничитель временного окна возникновения ПКМП обозначить как «после 36 недель беременности».

Второй ограничитель — «пять месяцев после родов» или более мягкое «несколько месяцев после родов» — формальных возражений не вызывает, поскольку «после родов» — это период с совершенно точно обозначенным началом. Что же касается фактической продолжительности обсуждаемых временных рамок, то анализ существующих литературных источников и наш клинический опыт убеждают, что наиболее корректной была бы формулировка «от 32 недель беременности до полугода после родов». Таким образом, мы предлагаем несколько расширить рамки, но при этом соблюсти определенную строгость конкретных сроков.

Хотим подчеркнуть, что особую остроту проблеме ПКМП в акушерстве придает то, что это заболевание ассоциируется с высоким уровнем материнских потерь. Показатель материнской смертности является рейтинговым, характеризует уровень оказания медицинской помощи в целом, а не только службы родовспоможения в стране и строго контролируется. Согласно определению экспертов ВОЗ (II том МКБ-10, 1993) материнская смерть — это смерть женщины, наступившая в любом сроке беременности или в течение 42 дней после ее окончания. Таким образом, если ПКМП приводит к смерти беременной женщины или женщины, родившей менее 43 суток назад, то органы статистики и Минздрав Украины такую смерть обязательно учтут как материнскую, а медицинская документация по этому случаю будет тщательно проанализирована. Если же женщина умрет на 43-и сутки или, тем более, через полгода после родов, то об этом вообще мало кому

официально будет известно, и такая смерть будет отнесена к многотысячной рубрике «смертность от болезней системы кровообращения». В развитых странах применяется термин «поздняя материнская смерть», который включает все случаи смерти женщин в течение года после родов. В этот показатель входят если не все потери от ПКМП, то существенно больше, чем в традиционную материнскую смертность. Таким образом, представляется целесообразным ввести учет поздних материнских смертей в Украине. Тогда национальная статистика по ПКМП станет значительно полнее. Сегодня же этот диагноз в Украине устанавливают менее чем десяти пациенткам в год, хотя, по нашим подсчетам, заболевших должно быть минимум в 5 раз больше. Мы исходим из того, что минимальная заболеваемость ПКМП, приводимая в литературе, составляет 1 случай на 10 тыс. родов, а число родов в Украине превышает 500 тыс. в год — получается 50. Если взять более реальные цифры — 1 случай на 4 тыс. родов, то количество новых случаев ПКМП в год должно составлять 125.

В разделе «Патогенез» приводятся предрасполагающие факторы, связанные с беременностью. Это возраст, количество беременностей и родов в анамнезе, препараты, применяемые для стимуляции родовой деятельности, и расстройства общего питания. По нашему мнению, такая формулировка мало о чем говорит врачу, ведь возраст есть у всех без исключения людей, а количество беременностей и родов в анамнезе, если считать цифрой и ноль (а это, безусловно, цифра), — у всех без исключения беременных. Вопрос в том, какой возраст и сколько родов. Приведем более полный список предрасполагающих акушерских факторов:

- возраст старше 30 лет;
- количество родов в анамнезе ≥ 3 ;
- многоплодная беременность;
- гестационная артериальная гипертензия;
- преэклампсия;
- токолитическая терапия при риске преждевременных родов (длительное применение β_2 -адреномиметиков).

Обратим внимание, что в рекомендациях в качестве фактора риска фигурируют препараты, стимулирующие родовую деятельность, а в приведенном выше списке, составленном на основании данных литературы, — токолитические препараты, то есть средства с противоположно направленным действием. Думаем, ошибку допустили составители рекомендаций или переводчик. Средства, стимулирующие родовую деятельность (окситоцин, производные простагландинов $F_{2\alpha}$ и E_2), используются очень непродолжительное время

(несколько часов) во время родов. β_2 -Адреномиметики с токолитической целью нередко применяют длительно, сначала в виде непрерывной внутривенной инфузии в течение 2 суток (иногда дольше), а затем внутрь до нескольких недель.

Подчеркивая отличие ПКМП от идиопатической дилатационной кардиомиопатии, составители рекомендаций приводят следующий довод. Максимальное функциональное напряжение, испытываемое системой кровообращения, приходится на период, непосредственно предшествующий родам. Если бы речь шла об обычной дилатационной кардиомиопатии, течение которой усугубляется объемной перегрузкой, присущей беременности, то большинство случаев заболевания проявлялось бы именно до родов. На самом деле ПКМП манифестирует значительно чаще после родов, когда объемная перегрузка существенно уменьшается.

Не отрицая этого, хотим лишь указать на некоторую фактическую неточность. Период максимальной гиперволемии, называемый еще периодом максимальной гемодинамической нагрузки, когда сердечный выброс наиболее высок, наступает с 26-й по 32-ю неделю беременности, а не «непосредственно перед родами». Для врачей это важно знать, так как именно с 26-й по 32-ю неделю чаще всего декомпенсируются многие заболевания сердца — митральный стеноз, цианотические пороки, пороки с крайне высокой легочной гипертензией, дилатационная кардиомиопатия и др. После 32 недель степень гиперволемии несколько снижается, и временно могут уменьшиться симптомы сердечной недостаточности.

В разделе «Лечебная тактика при сердечной недостаточности стабильного течения» особый интерес вызывают рекомендации, касающиеся беременности, поскольку в послеродовом периоде, как справедливо отмечают составители документа, лечение следует проводить по стандартам, принятым Европейским обществом кардиологов в 2008 г.

β -Блокаторы, среди которых предпочтение следует отдавать β_1 -селективным, рекомендованы и допустимы в частности потому, что не обладают тератогенным действием. По этому поводу хотим заметить, что, поскольку ПКМП развивается в позднем сроке беременности (не ранее 32 нед), а тератогенный эффект препаратов возможен лишь в первые 12 недель, отсутствие тератогенности у β -блокаторов, как довод в пользу их применения, выглядит неубедительно. Важнее указать, что β -блокаторы при длительном применении способны дозозависимо вызывать синдром задержки роста плода. Кроме того, для них характерна фетальная брадикардия, а также транзиторное нарушение дыхания у новорожденного.

Как указано в рекомендациях, спиронолактону приписывают антиандрогенное действие, проявляющееся в I триместре беременности. Если бы действительно только в I триместре, то этим при ПКМП можно было бы пренебречь. Однако антиандрогенное влияние спиронолактона не исчезает во II и III триместрах, поэтому он противопоказан и в поздние сроки беременности. Вместе с тем клинические наблюдения не подтвердили ни тератогенного, ни явного фетотоксического эффекта спиронолактона (наблюдения продолжались до 13 лет ребенка), поэтому при необходимости использования антагонистов альдостерона именно спиронолактон является препаратом первого выбора при беременности.

Что касается гидралазина, который рекомендован в комбинации с органическими нитратами, то он не зарегистрирован в Украине. Поэтому нашим докторам придется обходиться без него, как и при лечении у беременных артериальной гипертензии. Вместе с тем в последние 10-15 лет накоплено много данных о неблагоприятном влиянии гидралазина и дигидралазина на плод, поэтому его все реже рекомендуют во время беременности, даже при преэклампсии.

Обсуждения заслуживает раздел «Новые терапевтические стратегии», в котором речь идет в основном об использовании агониста центральных дофаминовых рецепторов бромокриптина в качестве средства специфической терапии ПКМП. Его применение патофизиологически обосновано данными о роли кардиотоксического фрагмента пролактина с молекулярной массой 16 кДа в генезе этого заболевания. Бромокриптин, блокируя секрецию пролактина передней доли гипофиза, способствует снижению концентрации 16 кДа-фрагмента в крови и клинически ведет к более выраженному восстановлению сократительной функции левого желудочка.

В рекомендациях сказано, что бромокриптин не приводит к повышению риска прерывания беременности и частоты врожденных пороков развития у плода. Что касается последнего, то это в данном случае не имеет значения, так как для лечения ПКМП бромокриптин можно назначать лишь в поздние сроки беременности или после родов. Поэтому важнее то, что этот препарат безопасен для плода в III триместре. В отношении же риска прерывания беременности бромокриптин не только не повышает его, но и применяется для лечения угрожающего аборта и угрожающих преждевременных родов при наличии пролактинов. В послеродовом периоде бромокриптин приводит к подавлению лактации. Думается, что при ПКМП — это тоже положительное свойство, поскольку,

учитывая роль пролактина в патогенезе болезни, лактация и грудное вскармливание таким женщинам противопоказаны. При этом необходимо помнить, что одновременно восстанавливается и даже повышается фертильность, поэтому пациентке следует назначить безопасную контрацепцию.

И последнее, что хотелось бы сказать по поводу агонистов дофаминовых рецепторов. Если единственным рекомендуемым при беременности представителем этой группы является бромокриптин, то после родов применяют также каберголин и хинаголид. Их эффективность в отношении блокады секреции пролактина более высока, однако касательно симптомов сердечной недостаточности при ПКМП совершенно неизвестна и является предметом специального проспективного исследования.

Очень важным для кардиоакушерской клиники является раздел «Сроки и методы родоразрешения». Он содержит совершенно оправданные рекомендации по индивидуализации принятия решений в каждом случае необходимости мультидисциплинарной помощи, целесообразности инвазивного мониторинга гемодинамики (что в Украине до сих пор не практикуется), предпочтительности регионарной (эпидуральной, спинальной) или комбинированной анестезии и др. Целесообразно обсудить три момента.

Согласно национальному клиническому протоколу, утвержденному приказом МЗ Украины от 28.01.2011 г. № 42, фракция выброса левого желудочка менее 40% является показанием к плановому кесареву сечению. Поэтому в нашей стране в большинстве случаев ПКМП следует избрать именно этот способ родоразрешения.

В рекомендациях указано, что до тех пор, пока состояние матери и плода стабильно, потребности в раннем родоразрешении нет. Необходимость экстренного родоразрешения независимо от срока гестации может возникнуть у гемодинамически нестабильных больных с тяжелой сердечной недостаточностью. Логика этих двух взаимосвязанных положений не безупречна. В своей клинической практике мы много раз убеждались в том, что экстренное родоразрешение при нестабильной гемодинамике, тяжелом общем состоянии беременной, особенно на фоне острой сердечной недостаточности, может усугубить клиническую ситуацию и ускорить наступление летального исхода. Так, безусловно, нужно действовать, если тяжесть состояния обусловлена собственно осложнением беременности, такими как эклампсия, острая жировая дистрофия печени, HELLP-синдром, однако в случаях тяжелой кардиологической патологии родоразрешать беременную целесообразно при относительно стабильном

контролируемом состоянии. Таким образом, рекомендация по сроку родоразрешения может быть следующей: если плод зрелый (или как минимум жизнеспособный), родоразрешение следует провести при стабильном состоянии или по достижении стабилизации состояния матери.

«Если естественные роды затягиваются, возможно наложение щипцов или применение вакуум-экстракции, что позволяет снизить физические усилия и уменьшить длительность второго периода», — это положение совершенно справедливо, и с ним следовало бы полностью согласиться, если бы в нем не было слов «или применение вакуум-экстракции». Дело в том, что именно в кардиоакушерской клинике эти две операции — щипцы и вакуум-экстракция — не являются конкурентными. В случае, когда необходимо уменьшить физическую нагрузку, «выключить» потуги, следует прибегать к акушерским щипцам. Именно эта операция показана кардиологическим больным. Вакуум-экстракция, менее травматичная для плода, не позволяет «выключить» потуги. Ей отдают предпочтение в случаях, когда ускорить родоразрешение нужно не в связи с тяжелой сердечной недостаточностью матери, а по иным причинам.

Отметим, что данный комментарий вовсе не направлен на критику вышедших рекомендаций. Мы лишь акцентировали внимание на дискуссионных моментах, не останавливаясь при этом на бесспорных положениях. Обсуждаемые рекомендации — очень добротный, современный и полезный документ. С подавляющим большинством его положений мы полностью согласны. Оцениваем его очень высоко еще и потому, что в тексте явно прослеживается уважение к коллегам, которым он адресован, содержится информация, помогающая врачу осознанно принять самостоятельное решение. Рекомендации по ПКМП Европейского кардиологического общества выглядят особенно выигрышно, если знать утвержденные в нашей стране правила создания подобных документов. Скажем так: этот документ никогда бы не был утвержден МЗ Украины, поскольку не подошел бы по форме и не прошел бы всех согласований, которые требуются в соответствии с приказом от 19.02.2009 г. № 102/18 «Об утверждении Унифицированной методики разработки клинических руководств, медицинских стандартов, унифицированных клинических протоколов медицинской помощи, локальных протоколов медицинской помощи (клинических маршрутов пациентов) на основах доказательной медицины». Хорошо, что Европейское кардиологическое общество не должно согласовывать свои рекомендации с отечественными чиновниками от здравоохранения и что такие рекомендации у нас публикуются и могут быть прочитаны врачами. ■