

Особенности клинического течения пролапса митрального клапана у беременных

М.Э. Исмоилова, Ш.М. Курбанов, Т.В. Атаджанов, Ш.Г. Оймахмадова, М.А. Курбанова

ГУ Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии

Анализ результатов обследования 105 беременных с пролапсом митрального клапана показал, что по мере усиления митральной регургитации, частота клинических симптомов возрастает.

При митральной регургитации (МР) I степени частота сердцебиений возросла до 54,2%, слабость – до 57%, одышка и головокружение – до 28,5%. В 22,8% наблюдений больные стали жаловаться на кардиалгии.

При митральной регургитации II степени частота сердцебиений оказалась максимально высокой (72,2%). Продолжали оставаться высокими по частоте встречаемости одышка (16,6%), отеки с головокружениями (16,6%), кардиалгии (16,6%). Возрос уровень встречаемости и таких симптомов, как вегетососудистые кризы с психоэмоциональными нарушениями (16,6%).

При митральной регургитации II степени частота ранних токсикозов и угроза прерывания беременности возросла в 4 раза (19% и 30%), плацентарная недостаточность – в 2,5 (24%), преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности – в 2,2 (26,4%), перинатальная смертность – в 2,5 раза.

Таким образом, у беременных клинически наиболее тяжело протекает пролапс митрального клапана с регургитацией крови II степени.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, беременность, митральная регургитация

Введение. Сердечно-сосудистые заболевания относятся к наиболее частым формам экстрагенитальной патологии. Причём, нередко заболевания сердца и сосудов протекают в тяжёлой форме, сопровождаясь глубокими изменениями в обменных процессах и гомеостазе [1,2]. Нарушения гомеостаза достигают максимальной выраженности и требуют экстренной коррекции при развитии таких акушерских осложнений, как кровотечения в родах и послеродовом периоде, эклампсия, сепсис [3-6].

Рождение здорового доношенного ребёнка при этой серьёзной патологии, в зависимости от состояния кровообращения, наблюдается в 56-85% случаев [5,8]. У 10-43% женщин имеют место преждевременные роды [2,6].

Согласно литературным источникам, среди экстрагенитальных заболеваний в акушерстве пороки сердца занимают одно из ведущих мест. При этом в структуре материнской смертности заболевания сердца занимают третье место [8].

При пороках сердца и гипертонической болезни высока частота рождения маловесных детей (от 20%

до 52%), являющихся основным контингентом, определяющим уровень неонатальной и ранней детской смертности [2,9].

Кроме того, ряд исследователей отмечают возрастание числа беременных с синдромом пролабирующего митрального клапана, число которых может возрасти до 16-18% [4,10].

Имеются также данные, что в широкой популяции у женщин детородного возраста распространены такие осложнения, как внезапная смерть, аритмии, септический эндокардит и тромбоэмболия [4,11,12].

Пролапс митрального клапана (ПМК) – это не ревматический порок сердца, а аномалия, которая может быть врождённой, приобретённой и идиопатической [8,13-15].

В современной медицине установлено, что пролапс митрального клапана различается по трём степеням выраженности: I степень – выбухание створки на 0,3-0,6 см, II степень – на 0,6-0,9 см, III степень – более 0,9 см [2,7].



У молодых женщин незначительный пролапс протекает бессимптомно и течение заболевания в большинстве случаев доброкачественное [16]. Хотя присоединение антифосфолипидного синдромаотягощает течение беременности и синдрома потери плода [17].

В Таджикистане, как в регионе с высокой рождаемостью, исследования по клиническому течению пролапса митрального клапана у беременных не проводились. Поэтому разработка диагностических критериев, позволяющих прогнозировать развитие осложнений гестации и родов при этой патологии, является актуальной.

Цель исследования: изучить особенности клинического течения пролапса митрального клапана у беременных женщин.

Материал и методы. Всего были обследованы 105 беременных женщин с пролапсом митрального клапана. Возраст пациенток варьировал от 15 до 45 лет.

Все обследуемые беременные (основная группа) в зависимости от степени митральной регургитации (MP) были разделены на три группы:

1. Беременные с MP 0 степени ($n=57$);
2. Беременные с MP I степени ($n=30$);
3. Беременные с MP II степени ($n=18$).

В контрольную группу вошли 20 пациенток с неосложнённой гестацией. В сроке беременности от 8 до 22 недель были обследованы 8 женщин, в 28-36 недель – 13, в 37 и более недель – 104 женщины.

В раннем возрасте (15-19 лет) выявлены 4 беременные женщины, в активном репродуктивном возрасте (20-34) – 111 и в позднем репродуктивном возрасте (35 и выше) – 10.

Первобеременных было 47, повторнобеременных – 27 и многократнорожавших – 51 женщина.

Из акушерского анамнеза стало известно, что у 31 беременной гестация осложнилась выкидышем, у 70 – анемией, у 38 – заболеваниями мочевыделительной системы, у 4 – преэклампсией и у 1 беременной – кровотечением. Неонатальная смертность у новорождённых была выявлена в 5 случаях.

При этом у беременных с ПМК были изучены клиническое течение заболевания, акушерские исходы, показатели функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы с помощью ЭХО- и электрокардиографии, ультразвуковых, лабораторных исследований, микроэлементы – колометрическим методом.

Полученные данные обрабатывались методом вариационной статистики. Оценка статистической значимости различий средних величин и относи-

тельных показателей проводилась с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов исследований показал, что по мере усиления митральной регургитации частота клинических симптомов возрастает. Так, при отсутствии митральной регургитации, сердцебиения либо перебои сердца были выявлены у 14 и 69 беременных (20,2%). Ещё реже отмечались такие симптомы, как слабость (14,4%), вегетативные кризы и психоэмоциональные нарушения (10,1%), одышка (8,6%), отёки (2,8%), пароксизмальная тахикардия (2,8%).

В группе беременных с митральной регургитацией (MP) I степени частота сердцебиений возросла до 54,2%, слабость – до 57%, одышка и головокружение – до 28,5%. В 22,8% наблюдений больные стали жаловаться на кардиалгии. Вегетативные кризы и психоэмоциональные нарушения определялись не- сколько реже.

При митральной регургитации II степени ($n=18$) частота сердцебиений оказалась максимально высокой (72,2%). Продолжали оставаться высокими по частоте одышка (16,6%), отёки с головокружениями (16,6%), кардиалгии (16,6%). Возрос уровень встречаемости и таких симптомов, как вегето-сосудистые кризы с психоэмоциональными нарушениями (16,6%).

В таблице 1 отражены некоторые эхокардиографические показатели у беременных при регургитации митрального клапана.

Анализ результатов показал, что по мере нарастания степени регургитации происходило снижение показателей аорты. Хотелось бы отметить, что у беременных с митральной регургитацией II степени эти изменения становились статистически значимыми ($p<0,05$). Параметры конечно-диастолического (КДР), конечно-систолического (КСР) размеров наоборот возрастали.

При анализе параметров фракции выброса (ФВ) была выявлена лишь тенденция к снижению. Тем не менее, эти показатели оказались статистически недостоверными ($p>0,05$).

Результаты исследований микроэлементов крови показали, что уровень магний и кальций в крови беременных с ПМК фактически не изменялся. В тоже время, концентрация фосфора возрастала по мере усугубления степени митральной регургитации, а уровень сывороточного железа снижался. При этом сидеропения при митральной регургитации оказалась статистически достоверной ($p<0,05$).

Таким образом, у беременных клинически наиболее тяжело протекает пролапс митрального клапана с

ТАБЛИЦА 1. ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ

Показатели	Контрольная группа (n=20)	Беременные с МР 0 ст. (n=57)	Беременные с МР I ст. (n=30)	Беременные с МР II ст. (n=18)
Аорта, мм	2,38±0,14	2,37±0,13	2,28±0,15	1,95±0,15
Конечно-диастолический размер, мм	4,29±0,04	4,28±0,07	4,60±0,09	4,84±0,1*
Конечно-систолический размер, мм	2,67±0,08	2,67±0,08	3,0±0,10	3,44±0,11*
Фракция выброса, %	64,20±0,54	63,0±0,80	62,57±0,91	62,18±1,2

Примечание: * $p < 0,05$ – показатели статистически значимы относительно параметров контрольной группы

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИЕЙ

Показатели	Контрольная группа	Беременные с МР 0 ст.	Беременные с МР I ст.	Беременные с МР II ст.
Магний, ммоль/л	0,81±0,03	0,79±0,02	0,81±0,02	0,83±0,03
Кальций, ммоль/л	2,19±0,03	2,02±0,03	2,25±0,02	2,45±0,07
Фосфор, ммоль/л	1,13±0,02	1,15±0,01	1,18±0,02	2,04±0,07
Железо, мкмоль/л	22,92±0,32	21,70±0,40	16,5±0,5	14,87±0,34*

Примечание: * $p < 0,05$ – показатели статистически значимы относительно параметров контрольной группы

регургитацией крови II степени. Вышеописанные изменения сопровождались осложнённым течением беременности и родов. Так, при гестации, осложнённой митральной регургитацией 0 и I степеней, ранние токсикозы были выявлены – в 4,8%, угроза прерывания беременности – в 8,8%, признаки плацентарной недостаточности – в 9,6%, слабость родовой деятельности и преждевременное излитие околоплодных вод – в 12%. При митральной регургитации II степени частота ранних токсикозов и угроза прерывания беременности возросла в 4 раза (19 и 30%), плацентарная недостаточность – в 2,5 (24%), преждевременное излитие околоплодных вод и слабость родовой деятельности – в 2,2 (26,4%). Соответственно и перинатальная смертность при МР II степени оказалась в 2,5 раза выше.

С целью доказательства практического выхода для клинической деятельности выполненных исследований приведём в пример две выписки из историй родов.

Беременная В.С., 1982 г.р., поступила с диагнозом: беременность 37-38 недель. Головное предлежание. Пролапс митрального клапана. Беременность четвёртая. В анамнезе – беременности и роды протекали без осложнений. При настоящей беременности показатели клинико-лабораторной диагностики, ультразвуковой фетометрии и кардиотокографии оказались в пределах физиологических нормативов. При ультразвуковой эхокардиографии КСР составил 2,67 см, КДР – 4,20 см, аорта – 2,39 см и ФВ – 63,7%. Концентрация магния в сыворотке крови оказалась

на уровне 0,8 ммоль/л, кальция – 2,1, фосфора – 1,1 и железа – 20,5 мкмоль/л.

Роды наступили в срок, протекали гладко. Родился мальчик весом 3415 гр. и ростом 51 см. Оценка по шкале Апгар составила 8 баллов. Период адаптации протекал без осложнений.

Больная И.Г., 1986 г.р., поступила с диагнозом: беременность 32 недели. Головное предлежание. Угрожающие преждевременные роды. Гипоксия плода. Пролапс митрального клапана. Митральная регургитация II степени. Экстрасистолия. Из анамнеза: беременность шестая. В прошлом 2 гестации завершились выкидышем.

Больную со второй половины беременности начали беспокоить учащённое сердцебиение, перебои в области сердца, кратковременные сердечные боли, одышка при нагрузке, отёки на ногах.

Из клинико-лабораторных показателей была выявлена анемия лёгкой степени (Hb=100 г/л). Ультразвуковое и кардиотокографическое исследования выявили признаки хронической гипоксии плода.

При эхокардиографии КСР оказалась на уровне 3,9 см, КДР – 5,3 см, аорта – 1,8 см и фракции выброса – 51%.

Концентрация магния оказалась на уровне 0,8 ммоль/л, кальция – 2,3 ммоль/л, фосфора – 1,8 ммоль/л и железа – 15,2 мкмоль/л.



Проведённые ЭКГ-исследования выявили желудочковые экстрасистолы, тахисистолию и горизонтальное расположение электрической оси сердца. Роды наступили преждевременно. Родился мальчик весом 3215 гр., ростом 44 см. Оценка по шкале Апгар составила на 1-ой минуте 4 балла, на 5-й – 5 баллов. Ранний неонатальный период был осложнён недостаточностью гемодинамики. На 5-е сутки новорождённый был переведён на II этап выхаживания.

Общепринятым в настоящее время является мнение о том, что при ПМК I и II степени, отсутствии клинически значимой митральной регургитации, а также тяжёлых нарушений ритма и проводимости женщина может вынашивать имеющуюся у неё беременность, не опасаясь возникновения серьёзных осложнений [18,19], о чём свидетельствовали наши вышеприведённые клинические примеры.

Таким образом, женщин с пролапсом митрального клапана, особенно с регургитацией II степени, необходимо включать в группу риска по развитию патологии беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нарзуллаева Е.Н. Факторы риска материнской и перинатальной смертности в Таджикистане / Е.Н.Нарзуллаева // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. – Душанбе. – 2005. – С. 57-63.
2. Шехтман М.Н. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.Н.Шехтман. – М.: Трида-Х. – 2008. – 816 с.
3. Фармакотерапия и анализ течения беременности и перинатальных исходов у женщин с артериальной гипертензией / Р.И.Стрюк, Ю.М.Бухонкина, Е.А.Сокова, В.Б.Немировский // Кардиология. – 2009. – №12. – С. 29-32.
4. Бакашвили Ш.Б. Дифференцированный подход к тактике ведения беременности у женщин с пролапсом митрального клапана: автореф. ... канд. мед. наук / Ш.Б.Бакашвили. – М., 2010. – 21 с.
5. Conradsson T.B. Management of heart disease in pregnancy / T.B. Conradsson, L.Werko // Progr. Cardiol. Dis. – 2004. – Vol.16. – №4. – P. 407-420.
6. Arcari L. Mitral valve prolapse associated with celiac artery stenosis: a new ultrasonographic syndrome? / L. Arcari // Cardiovasc. Ultrasound. – 2004. – №2. – P. 28-35.
7. Камович Т.Е. Клинико-диагностические возможности при пролапсе митрального клапана у женщин во время беременности и в послеродовом периоде / Т.Е.Камович. – Рязань. – 2004. – 21 с.
8. Клеменов А.В. Первичный пролапс митрального клапана. Изд. 2-е, перераб. и доп. / А.В.Клеменов. – М.: ИД Медпрактика. – 2005. – 40 с.
9. Аксененко В.А. Особенности течения родов у женщин с малыми аномалиями родов / В.А.Аксененко, Т.И.Бабенко, К.Д.Павлов // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов. – 2005. – С. 15-16.
10. Козинова О.В. Пролапс митрального клапана у беременных // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – №1. – С. 16-18.
11. Bonow R.O. ACC/AHA 2006 Guideline for the Management of Patient with Valvular Heart Disease / R.O.Bonow [et al.]// – 2006. – P. 146.
12. Hayek E. Mitral valve prolapse / E.Hayek, C.N.Gring, B.P.Griffin // Lancet. – 2005. – Vol. 365, № 9458. – P. 507-518.
13. Елисеева И.В. Особенности течения беременности и родов у женщин с пролапсом митрального клапана: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В.Елисеева. – М., 2003. – 21 с.
14. Мухин Н.А. Пролапс митрального клапана. Болезни сердца: Руководство для врачей / Н.А.Мухин, С.В.Моисеев, В.В.Фомин. – М.: Литтерра. – 2006. – С. 1036-1056.
15. Muller J.C. Circadian variation and triggers of onset of acute cardiovascular diseases / J.C.Muller, G.N.Tofler, P.H.Stone // Circulation. – 2009. – Vol. 79. – P. 733-743.
16. Бакашвили Ш.Б. Пролапс митрального клапана и беременность: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ш.Б.Бакашвили. – 2011. – 23 с.
17. Хамани И.В. Течение беременности и родов у больных с пролапсом митрального клапана и антифосфолипидным синдромом: автореф. ... канд. мед. наук / И.В.Хамани. – М., 2003. – 23 с.
18. Бухонкина Ю.М. Течение беременности, родов, перинатальные исходы у женщин с врождёнными пороками сердца / Ю.М.Бухонкина, Р.И.Стрюк, Т.В.Чижова // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 46-48.
19. Камович Т.Е. Течение беременности у женщин с пролапсом митрального клапана / Т.Е.Камович, С.С.Якушин, В.И.Камович // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении. – М., 2003. – С.21.



Summary

Clinical features of mitral valve prolapse in pregnant women

M.E. Ismoilova, Sh.M. Kurbanov, T.V. Atadjanov, Sh. Oymahmadova, M.A. Kurbanova

SI Tajik Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Analysis of 105 pregnant women investigations with mitral valve prolapse showed that frequency of clinical symptoms increases with the increasing of mitral regurgitation.

In mitral regurgitation (MR) I degree heart rate increased to 54,2%, weakness – up to 57%, shortness of breath and dizziness – to 28,5%. In 22,8% of cases, patients began to complain of cardialgia.

In mitral regurgitation II degree heart rate was as high as possible (72,2%). Continued to remain in high rate the dyspnea (16,6%), edema with dizziness (16,6%), cardialgia (16,6%). Increased level of occurrence and symptoms such as vegetative-vascular crises with psycho-emotional disorders (16,6%).

In mitral regurgitation II degree frequency of early gestosis and the threat of pregnancy termination has increased by 4 – fold (19% and 30%), placental insufficiency – 2,5 (24%), premature rupture of membranes and uterine inertia – 2,2 (26,4%), perinatal mortality – by 2,5 times.

Thus, in pregnant clinically severe mitral valve prolapse passed hardly in regurgitation of blood II degree.

Key words: mitral valve prolapse, pregnancy, mitral regurgitation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Исмоилова Махфират Эшматовна – аспирант ГУ ТНИИ АГиП;
Таджикистан, г.Душанбе, ул.Мирзо Турсун-заде, 31
E-mail: tniiaqip@mail.ru